



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

**Proceso terapéutico a un paciente con VIH desde la perspectiva  
cognitivo conductual.**

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Norma Angélica Ramirez de Jesús

Director: Lic. Evelin Alejandra Galicia Gómez

Vocal: Mtro. J. Jesús Becerra Ramírez

Secretario: Lic. Adriana Concepción Rojas Baltazar

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 28 de noviembre de  
2019.





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Agradecimientos

A mi amor porque pesar de todo y todos siempre estas a mi lado apoyándome y dándome ánimos, gracias por tu infinita paciencia y arreglar mi computadora. Por enseñarme que “el mundo te puede dar la espalda, pero siempre se debe continuar por lo que más se ama y no dejarse vencer por las dificultades”, que es mejor hacer lo que nos apasiona y demostrarse a uno mismo que si se puede, gracias ya que sin ti no hubiera sido posible este sueño, te amo.

A mi mamá porque siempre estas y por decirme que soy la mejor y que yo podía, por enseñarme que la vida te pone pruebas, pero que tú eres más fuerte y que debes seguir adelante, que no importa las dificultades solo es cuestión de hacer lo que te toca, ser muy responsable y la vida y Dios te ponen todo. Gracias, mamá por enseñarme el valor de la responsabilidad, el hábito de estudiar, de leer, ser ordenada y por nunca darte por vencida y seguir luchando, eres la mejor, gracias por ser mi madre y enseñarme a ser una mujer honorable.

A mi hermana por escucharme y ayudarme; porque me enseñaste que a pesar de todo si se puede y que, aunque nos cueste más trabajo que al resto, siempre se entrega lo mejor y te prometo que eso se ve recompensado, te quiero mucho.

A mis padrinos Feli y Rey por brindarme una palabra de aliento cuando no la he encontrado, por enseñarme que las cosas se toman con calma y que soy una persona muy valiosa, sin importar nada, ustedes que me vieron desde niña que apoyaron y brindaron consejos y en algún momento consuelo, siempre los voy a necesitar gracias por enseñarme que se puede formar una familia son un gran ejemplo para mí los quiero mucho.

A mi directora Evelin Galicia, por su paciencia, por apoyar mis decisiones a lo largo de este trabajo, por confiar en mí y en mis habilidades para poder concluir no bien sino excelente este proceso, eres una gran tutora y un hermoso ser humano, es una bendición haberte encontrado en el camino y esto no hubiera sido posible sin mis amigos, compañeros y colegas May Muñoz y Ale Jara, sin olvidar a Mayte y Zaith; gracias ustedes saben todo lo que los quiero, los aprecio y atesoro, gracias por compartir estos 4 años llenos de aventuras, trabajo, aprendizaje, conocimiento y crecimiento a pero no faltaron tambien los dolores de cabeza, frustración, desvelos y desacuerdos, pero sobre todo sobre el apoyo y fraternidad, ustedes familia Jara Muñoz son lo más preciado que me llevo de estudiar esta segunda carrera.

A mi amiga y hermana de vida Chío gracias, por acompañarme en esta aventura por darme ánimos y siempre sentirte orgullosa de mí, por escucharme y alentarme a seguir adelante, por llevarme contigo a conocer nuevos retos y trabajos, y por siempre estar “la gente bonita debe estar junta”.

A mis hijos perritos mi Ron, Ginger y Chisma que me ayudaron a controlar mi estrés y que se desvelaban conmigo haciendo tarea que a pesar de no hablar ustedes sabían perfectamente como me sentía, gracias por no dejarme nunca sola y acompañar mi camino y mis madrugadas.

A mí por lograr superarme cada día y seguir adelante con lo que me apasiona, a la vida, a la prestigiada UNAM y al SUAyED por brindarme el honor de ser puma.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Marco teórico</b> .....	9
<b>Objetivo</b> .....	14
<b>Método</b> .....	14
<b>Cronograma de las fases del proceso terapéutico diseño A-B-A</b> .....	15
<b>Reporte de evaluación inicial</b> .....	20
<b>Ficha de identificación</b> .....	20
<b>Motivo de consulta</b> .....	20
<b>Descripción operacional del problema (gráficas de frecuencia y/o magnitud)</b> .....	21
<b>Análisis funcional de la conducta</b> .....	26
<b>Familiograma</b> .....	27
<b>Resultado de pruebas psicológicas empleadas</b> .....	29
<b>Metas conductuales</b> .....	31
<b>Seguimiento del proceso terapéutico (cartas descriptivas por sesión)</b> .....	31
<b>Proceso de cambio en términos cualitativos</b> .....	28
<b>Proceso de cambio en términos cuantitativos</b> .....	46
<b>Discusión</b> .....	51
<b>Conclusión</b> .....	54
<b>Competencias desarrolladas a lo largo de la actividad de servicio</b> .....	54
<b>Limitaciones de la práctica de servicio</b> .....	57
<b>Referencias</b> .....	62
<b>Anexos</b> .....	68

## Resumen

Se realizó un proceso terapéutico desde la perspectiva cognitivo conductual a un hombre de 21 años, soltero, estudiante de la licenciatura en aviación, con diagnóstico de VIH positivo, el cual manifiesta poca adherencia al tratamiento antirretroviral, que es necesario para el control de la enfermedad atribuyendo dicho problema a su estado de ánimo. Se trabajó bajo un diseño de intervención A-B-A, organizado en 14 sesiones con duración de aproximadamente 90 minutos. Teniendo como principal problema: la no adherencia al tratamiento antirretroviral del cual depende la salud del paciente derivado de sus pensamientos de culpa por haberse contagiado de VIH, al no tomar el tratamiento de manera adecuada su salud física y emocional se han visto afectadas, llegando incluso al hospital, lo que lo ha llevado a aislarse de amigos, dejar escuela y trabajo por miedo a que lo discriminen por ser portador de VIH. Como metas conductuales se plantearon: a) desarrollar una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, b) cambiar sus pensamientos de culpa por su estado de salud y c) recuperar su vida social con amigos y reingreso a la escuela y trabajo. Se trabajaron diversas técnicas psicoterapéuticas: psicofisiológicas, reestructuración cognitiva y solución planificada de problemas con la intención de integrarlas en la terapia de solución de problemas. De acuerdo con los resultados se puede asegurar que el proceso terapéutico ayudó al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la infección por VIH, cumpliendo así las metas conductuales propuestas.

**Palabras clave:** proceso, psicoterapéutico, VIH, adherencia, tratamiento, técnicas, psicoterapéuticas, metas, conductuales.

### Abstract

A therapeutic process was carried out from a cognitive behavioral perspective to a 21-year-old man, single, a graduate student in aviation, with a positive HIV diagnosis, which manifests little adherence to antiretroviral treatment, which is necessary for disease control. Attributing this problem to his mood. It worked under an intervention design A-B-A, organized in 14 sessions with a duration of approximately 90 minutes. Having as main problem: the non-adherence to the antiretroviral treatment on which the patient's health depends on his thoughts of guilt for having been infected with HIV, by not taking the treatment properly his physical and emotional health have been affected, even reaching to the hospital, which has led him to isolate himself from friends, leave school and work for fear of being discriminated against for being an HIV carrier. As behavioral goals were raised: a) develop adequate adherence to antiretroviral treatment, b) change their thoughts of guilt for their state of health and c) recover their social life with friends and re-enter school and work. Various psychotherapeutic techniques were worked on: psychophysiological, cognitive restructuring and planned problem solving with the intention of integrating them into problem solving therapy. According to the results, it can be ensured that the therapeutic process helped the patient to face the challenges he is going through because of HIV infection, thus fulfilling the proposed behavioral goals.

**Keywords:** process, psychotherapeutic, HIV, adherence, treatment, techniques, psychotherapeutic, goals, behavioral.

## Introducción

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas “VIH” se refieren al virus y a la infección que causa, por otro lado, SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida y se trata de la fase más avanzada de la infección por el VIH, se dice que una persona es seropositiva si tiene el VIH. Desde que comenzó la epidemia en 1983 hasta la actualidad, el concepto de la infección por el VIH se ha modificado desde ser concebida como una enfermedad mortal, ha pasado a ser entendida como una enfermedad crónica y tratable clínicamente. Al ser una infección crónica cabe señalar que demanda la práctica consistente y eficiente de la adherencia al tratamiento, sin embargo, se han identificado una diversidad de variables individuales y sociales como es la ansiedad, depresión, estrés, bajos niveles de motivación y carencia de apoyo social que dificultan la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, es aquí donde toma relevancia el trabajo del psicólogo clínico quien además de realizar una intervención directa, con las variables antes mencionadas, trasciende para brindar posibilidades de esclarecimiento y comprensión de las dimensiones psicológicas y sociales del problema, propiciando nuevas perspectivas de elaboración simbólica de los conflictos inmanentes y de gestión empírica de las dificultades, en este sentido los profesionales de la salud guiados por los psicólogos deben tener en cuenta como condición básica que los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad, pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad.

Cabe señalar que en acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2019) en México existen 205,351 casos de SIDA notificados desde 1983 hasta 2019. Para el segundo trimestre del presente año, se reporta que existe un total de: 7,668 casos de los cuales 2,838 corresponden a SIDA y 4,830 a VIH, lo cual indica que a pesar de ser una enfermedad prevenible existe prevalencia e incidencia por lo cual es importante la labor del psicólogo clínico no solo en la intervención, sino también en la prevención y educación para la salud, considerando este tipo de trabajos son parte importante para el cumplimiento de dicha labor, tomando lo anterior en cuenta en el siguiente documento se describe un proceso psicoterapéutico desde la perspectiva cognitivo conductual realizado a un



hombre de 21 años, soltero, estudiante de la licenciatura en aviación, con diagnóstico de VIH positivo sin desarrollar aún la etapa de SIDA, el cual manifiesta poca adherencia al tratamiento antirretroviral, que es necesario para el control de la enfermedad atribuyendo dicho problema a su estado de ánimo. Se trabajó bajo un diseño de intervención A-B-A, por lo que la primera fase correspondió a la evaluación inicial (A) o línea base. La intención de la primera fase ha sido poder entablar el primer contacto con el paciente, a fin de poder conocer su situación y sus problemas, por medio de técnicas de evaluación conductual y tradicional. La segunda fase (B) se manejó, integrando las estrategias de intervención cognitivo conductual para el trabajo terapéutico, por medio de la elaboración de diseños de intervención tomando en cuenta el ambiente del paciente (social y físico) y las posibles alternativas de cambio. La fase final (A) corresponde a la evaluación que se realizó cuando se atendieron las metas conductuales y el paciente desarrollo las habilidades necesarias para afrontar los problemas futuros que puedan estar relacionados con sus quejas y demandas iniciales. Se emplearon 14 sesiones con duración de aproximadamente 90 minutos, teniendo como principal estudio del problema: la no adherencia al tratamiento antirretroviral, derivada de sus pensamientos de culpa por no haberse cuidado, al no tomar el tratamiento de manera adecuada, su salud física y a su vez la emocional se han visto afectadas, llegando incluso al hospital, lo que lo ha llevado a aislarse de amigos y dejar escuela y trabajo por miedo a que lo discriminen por ser portador de VIH, proponiendo como metas conductuales a) desarrollar una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. b) cambiar sus pensamientos de culpa por su estado de salud. c) recuperar su vida social con amigos y reingreso a la escuela y trabajo. Para el cumplimiento de las metas se trabajaron diversas técnicas psicoterapéuticas: como las psicofisiológicas (respiración y relajación progresiva), reestructuración cognitiva y solución planificada de problemas con la intención de integrarlas en la terapia de solución de problemas. De acuerdo con los resultados tanto cualitativos como cuantitativos se puede asegurar que el proceso terapéutico ayudó al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la infección por VIH, cumpliendo así las metas conductuales propuestas.

## Marco teórico

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas “VIH” se refieren al virus y a la infección que causa, por otro lado, SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida y se trata de la fase más avanzada de la infección por el VIH, se dice que una persona es seropositiva si tiene el VIH. El VIH ataca y destruye los linfocitos CD4 (también llamados células CD4) del sistema inmunitario que combaten las infecciones en el organismo. La pérdida de linfocitos CD4 dificulta que el cuerpo pueda defenderse contra las infecciones. Sin tratamiento, el VIH puede gradualmente destruir el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA. Es importante señalar que el VIH se transmite a través del contacto con la sangre, el semen, el líquido pre-seminal, los líquidos rectales, los fluidos vaginales o la leche materna de una persona con VIH, sin embargo, actualmente se transmite principalmente al tener relaciones sexuales anales o vaginales o al compartir equipos de drogas inyectables, como agujas, con una persona que tiene VIH (InfoSIDA, 2019).

La infección por VIH es una de las enfermedades emergentes más importantes para la salud a nivel mundial, desde que en 1981 se diagnosticó el primer caso del SIDA y cuya etiología fue descubierta en 1983, desde entonces se ha convertido en una pandemia mundial (Gómez & Pérez, 2009).

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA, 2019) en México existen 205,351 casos de SIDA notificados desde 1983 hasta 2019. En la actualización del segundo trimestre para el 2019 existe un total: 7,668 casos de los cuales 2,838 corresponden a SIDA y 4,830 a VIH.

Desde que comenzó la epidemia hasta la actualidad, el concepto de la infección por el VIH se ha modificado desde ser concebida como una enfermedad mortal, a ser entendida como una enfermedad crónica y tratable clínicamente. Este cambio ha contribuido a mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas, cabe señalar que, aunque se considera de carácter crónico, implica para el paciente una experiencia de vida que conlleva a niveles altos de incertidumbre dada la alta estigmatización que rodea al VIH-SIDA, por otro lado, la noticia del diagnóstico los

lleva a preocuparse por las posibles reacciones en su entorno social (Bestard, Marsillí, Muñoz & Acosta, 2018).

Al ser una infección crónica, demanda la práctica consistente y eficiente de la adherencia al tratamiento. Sin embargo, se ha identificado una diversidad de variables individuales y sociales como es la ansiedad, depresión, estrés, bajos niveles de motivación, carencia de apoyo social, entre otros, que dificultan la adherencia favoreciendo así el progreso clínico de la enfermedad y una reducción en la calidad de vida en las personas con VIH (Valera, Salazar & Correa, 2008).

En este sentido a partir del diagnóstico del VIH, la persona y su familia comienzan un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y/o trastornos que van de agudos a graves: trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de auto rechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, etc. También se pueden producir dificultades sociolaborales, debido a los problemas de salud, tales como: discriminación en el ámbito del trabajo y tendencia al aislamiento social (Ballesteer, 2005).

De acuerdo con Rivera, Corrales, Cáceres y Julio (2007) las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección, con implicaciones directas sobre el ejercicio instrumental de los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad.

En este sentido Teva, Paz, Hernández y Buella (2005) refieren que la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad, siendo una de las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes con VIH.

De acuerdo con Limaylla y Ramos (2016) es importante y necesario evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes desde el inicio del tratamiento y durante el tiempo subsecuente, en enfermedades crónicas ya que el incumplimiento del tratamiento farmacológico ocasiona fracaso del tratamiento y conlleva a serios

problemas en la calidad de vida, costos para el sistema de salud y contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos.

Es así como históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros (Meichenbaum & Turk, 1991).

Aunque existe polémica en torno a los términos de adhesión y adherencia, la adherencia al tratamiento es el término más adecuado por el sentido psicológico que entraña. La adherencia al tratamiento se trata de una conducta compleja, que se desarrolla en la interacción del enfermo y los agentes de salud, aunque no existe consenso respecto a los componentes de la conducta de cumplimiento o adhesión, ni en las condiciones que la explican. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer, por lo cual el paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones, por lo cual, la adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, en tanto depende de la conducta del paciente. En suma, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludable (Martín, 2004).

En Martín (2004), se menciona que para que se produzca la adhesión al tratamiento es necesario que se vislumbren en este proceso los siguientes momentos:

- a) Aceptación convenida del tratamiento, entre el paciente y su médico, entendida como la relación de colaboración establecida entre médico y paciente, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de esta por ambos.
- b) Cumplimiento del tratamiento. Medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas por el terapeuta.

- c) Participación en el cumplimiento. Grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento.
- d) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, entendido como la medida en que la persona participa en la ejecución de las acciones realizando los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de las prescripciones.

Como se ha revisado, el VIH es una infección detectada desde el siglo pasado, sin embargo, sigue siendo al día de hoy cuestión de aceptación personal, social, y psicológica para la mayoría de las personas. En este sentido es importante señalar que el cuidar y acompañar a un ser humano durante el proceso de una enfermedad crónica desde su integralidad se constituye en un reto y en un propósito, es decir, que desde el acompañamiento a la persona enferma se alcance un equilibrio a pesar de su malestar, que comprenda y acepte que como paciente puede recibir o rechazar el cuidado y el apoyo a pesar de su condición física (Bestard et al., 2018).

De acuerdo con Bestard et al. (2018) las actividades más importantes y necesarias a desarrollar por los psicólogos frente a esta problemática del tratamiento a pacientes con VIH son: la prevención; el potenciamiento (mediante diversas estrategias informativas, de consejería y de educación) del desarrollo de diagnósticos precoces y el fortalecimiento de las adherencias a los tratamientos médicos específicos, en especial los que incluyen medicación. Por otra parte, al realizar una intervención directa con el psicólogo debería trascender la mera oferta de contención emocional (necesaria sin lugar a duda) para brindar además y fundamentalmente, posibilidades de esclarecimiento y comprensión de las dimensiones psicológicas y sociales del problema, propiciando nuevas perspectivas de elaboración simbólica de los conflictos inmanentes y de gestión empírica de las dificultades, en este sentido los profesionales de la salud guiados por los psicólogos deben tener en cuenta como condición básica que los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad, pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo socio laboral, si la enfermedad así lo permite.

Tomando lo anterior en cuenta el trabajo del psicólogo a través del proceso psicoterapéutico puede ayudar al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la infección por VIH. A continuación, se citan algunos beneficios y/o aportaciones que brinda la atención psicoterapéutica:

1. De acuerdo con Ballester (2003) tras la intervención psicoterapéutica se observan cambios positivos y significativos en el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes, disminución de variables clínicas relevantes como la ansiedad, la depresión o la autoestima y otras como el grado de hipocondría de los pacientes, su perturbación afectiva y su irritabilidad.
2. A través de la atención psicoterapéutica aumenta el ajuste del tratamiento antirretroviral al funcionamiento cotidiano del paciente, por ejemplo el entrenamiento en solución de problemas; que consiste en enseñarles a superar las barreras potenciales, establecimiento de metas en áreas relacionadas con la adhesión, entrenamiento en habilidades asociadas a la adhesión, refuerzo por sus esfuerzos para seguir el tratamiento y el uso de estrategias tecnológicas y de autocontrol para seguir las pautas correctas del tratamiento (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch & McAuliffe, 2000).
3. Existen técnicas de intervención psicoterapéutica que ayudan al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control. Se podría incluir entre esas técnicas el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva, la imaginación guiada, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o el entrenamiento asertivo para mejorar la relación con los profesionales sanitarios (Kelly & Murphy, 1992).
4. En un programa de intervención grupal cognitivo-conductual, los resultados indicaron que los procesos psicoterapéuticos adoptan la adhesión como uno de sus objetivos fundamentales, pero también se dirigen a la mejora de la calidad de vida del enfermo, incluyendo su estado emocional, sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales, su autoestima y puede apreciar una mejoría estadísticamente significativa en el grado de interferencia que la enfermedad suponía para los pacientes, concretamente en el ámbito familiar, social, laboral y en el general (Ballesteer, 2003).

5. A través de la atención psicoterapéutica los pacientes incrementan de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual puede facilitar un adecuado afrontamiento de la enfermedad (Villa & Vinaccia, 2006).
6. Una de las herramientas que usa el psicoterapeuta es el auto informe que de acuerdo con un estudio realizado por Haubrich et al. (1999) constituye un buen predictor de la eficacia del tratamiento farmacológico.
7. Se ha observado que los pacientes, tras el tratamiento, presentan un mayor locus interno de control sobre la salud, lo cual puede ser beneficioso ya que una mayor sensación de control sobre la enfermedad conducirá a la adopción de ciertas conductas de salud positivas para el paciente, como la prevención de reinfecciones, una mayor atención a la alimentación, el ejercicio físico o dejar el consumo de alcohol u otras drogas (Ballesteer, 2003).
8. A través de del proceso psicoterapéutico se han dado mejoras significativas en el grado de apoyo social percibido, así como en el grado de apoyo social global percibido, aspecto que resulta de gran importancia
9. sobre la calidad de vida e incluso la supervivencia de enfermos crónicos (Cox, 2002).
10. A lo largo del proceso psicoterapéutico los pacientes con VIH-SIDA mejoran su autoeficacia para comunicarse con el equipo médico (Cardona, Medina, Milena & Orozco, 2016).

## **Objetivo**

Llevar a cabo un proceso psicoterapéutico desde la perspectiva cognitivo conductual, a través de la evaluación, investigación, intervención y seguimiento que contribuya a la solución de la problemática asociada con la poca adherencia al tratamiento antirretroviral de un paciente con VIH que se relaciona con su estado de ánimo.

## **Método**

Se trabajó bajo un diseño de intervención A-B-A, por lo que la primera fase correspondió a la evaluación inicial (A) o línea base. La intención de la primera fase ha sido poder entablar el primer contacto con el paciente, a fin de poder conocer su situación y sus problemas, por medio de técnicas de evaluación conductual y

tradicional. A partir de ahí, se establece un proceso de modificación de conducta, a través de técnicas y estrategias que permitan el cambio. Para poder iniciar este segundo proceso, es necesario establecer las metas conductuales que serán el punto de referencia de la terapia, y las cuales se ordenaron y se analizaron desde la más sencillas hasta las más complicadas para el paciente, a partir de sus motivaciones, intereses, habilidades de afrontamiento y apoyo social.

La segunda fase (B) se manejó, integrando las estrategias de intervención cognitivo conductual para el trabajo terapéutico, por medio de la elaboración de diseños de intervención tomando en cuenta el ambiente del paciente (social y físico) y las posibles alternativas de cambio. Se implementaron los procedimientos de cambio, es decir, se emplearon los instrumentos de evaluación adecuados al problema que especificaron las metas de tratamiento en términos conductuales en conjunto con el paciente, especificando los criterios de cambio, describiendo y secuenciando adecuadamente los procedimientos, se analizaron los resultados obtenidos mediante evaluaciones hechas antes, durante y después de aplicados los procedimientos.

La fase final (A) corresponde a la evaluación que se realizó cuando se atendieron las metas conductuales y que el paciente desarrollo las habilidades necesarias para afrontar los problemas futuros que puedan estar relacionados con sus quejas y demandas iniciales. Esta última fase fue semejante a la primera, donde se aplicaron procesos de evaluación para determinar el cumplimiento de metas y comparar la situación del paciente antes y después de la terapia.

## **Cronograma de las fases del proceso terapéutico diseño A-B-A**

Se emplearon 14 sesiones con duración de aproximadamente 90 minutos (se tenían contemplados de 10 a 20 minutos por alguna situación como descarga emocional) de las cuales 4 correspondieron al mes de agosto (la fase de evaluación inicial), otras 10 sesiones correspondientes a los meses de septiembre, octubre y noviembre (la fase de intervención) y la fase de evaluación post tratamiento correspondientes al mes de noviembre, donde únicamente se solicita el auto registro para el seguimiento. Cabe señalar que los resultados se fueron obteniendo mediante evaluaciones hechas antes, durante y después de aplicados los procedimientos, para



poder medir el proceso de cambio por lo cual la evaluación es hecha en cada una de las fases del proceso terapéutico.

Fase	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Fase de evaluación inicial (A)	Sesiones 4			
Fase de intervención (B)		Sesiones 4	Sesiones 4	Sesiones 2
Fase de evaluación post tratamiento (A)				Seguimiento únicamente Por envió de auto informe

La intervención se llevó a cabo a un hombre de 21 años, soltero, estudiante de la licenciatura en aviación, con diagnóstico de VIH positivo sin desarrollar aún la etapa de SIDA, el cual manifiesta poca adherencia al tratamiento antirretroviral, que es necesario para el control de la enfermedad atribuyendo dicho problema a su estado de ánimo.

Se realizó un proceso psicoterapéutico desde la perspectiva cognitivo conductual a través de la evaluación, investigación, intervención y seguimiento.

#### ➤ Evaluación

La mayoría de los diseños de intervención psicológica, inician con una primera fase que consiste en el recibimiento del paciente, encuadre de las sesiones, conocimiento de su problema y la evaluación inicial psicológica. Esto se realiza con un proceso que implica la transformación de datos que brindan los individuos, en un recurso que nos describe la conducta, respuestas y relación entre variables, del individuo a nivel psicológico con lo cual se genera una línea base que refleja el nivel

de la conducta que vamos a medir antes de cualquier intervención tratándose de la evaluación de la conducta del sujeto previa al tratamiento (Phares, 1999). En este sentido la línea base se generó a partir de una entrevista a profundidad, instrumentos y autorregistros, con el fin de obtener la información relevante a la problemática presentada para identificar y definir las diferentes variables que inciden en el problema psicológico y conocer la relación funcional entre dichas variables.

El primer objetivo del acercamiento inicial es identificar la naturaleza del problema, para lo cual se realizó la entrevista inicial que es el instrumento principal en la evaluación, siendo el punto de partida obligado y probablemente la parte más importante de la evaluación y del proceso de intervención entero. La entrevista debe proporcionar información precisa sobre el problema y las variables implicadas (Bleger, 1985).

Como se puede apreciar, la evaluación es una de las partes más importantes que se llevan a cabo en psicoterapia, tiene por objetivo conocer y cuantificar en términos accesibles la conducta del paciente, para realizar dicha evaluación el psicólogo se basa en diversas técnicas como lo son la observación naturalista, la observación controlada, auto observación y el auto registro, cuyo principal objetivo es la documentación, recolección de datos y comprobación del fenómeno. En el presente trabajo se consideró hacer uso de la auto observación y el auto registro, por permitir un registro de la conducta y demás eventos en el momento en el que ocurren ya que estos, son el objeto de la evaluación, permiten la recogida de información que se centra en el paciente y no solo en lo que el psicólogo, representan una estrategia para obtener información desde lo que percibe, siente y experimenta el paciente, es de utilidad para generar un autoinforme, resultado de hacer una auto observación sobre el propio comportamiento, para realizarlo se utiliza un instrumento de autoevaluación, donde el psicólogo y el paciente conjuntamente identifican las conductas que puedan ser modificadas y las ubican en los auto registros.

Dentro de la evaluación conductual se toman tres dimensiones del comportamiento problema: motor, cognitivo y fisiológico de igual forma se registran los diferentes momentos: antecedentes, contingencias y consecuencias del comportamiento (Herbert & Nelson, 1997).

La observación nos brinda información base para integrar el análisis funcional, que permite comprender la conducta de individuos; en función de diversas variables que mantienen cierto tipo de relaciones entre ellas (relaciones funcionales), lo que implica comprenderlas no como eventos aislados, sino como eventos con funciones específicas. El análisis funcional forma parte de la evaluación conductual entendida como un proceso continuo que se lleva a cabo antes, durante y después del tratamiento las conductas observadas están en relación con las situacionales biológicas, cognitivas, y ambientales, se interpreta como una muestra y predice el establecimiento de las relaciones funcionales estímulo-respuesta (Ballesteros, Novoa, Caycedo & Dennys, 2006).

➤ Investigación

Se realizó una investigación sobre las principales técnicas cognitivo-conductuales empleadas en pacientes con VIH que se consideraron de utilidad para el paciente, así como sobre la patología, las manifestaciones clínicas, los signos y síntomas que caracterizan al VIH-sida con la intención de entender a nivel cognitivo, conductual y físico como altera la salud física y mental del paciente.

➤ Intervención

Se llevó a cabo en base a técnicas cognitivo-conductuales.

Se estableció un proceso de modificación de conducta, a través de técnicas y estrategias que permitan el cambio.

Partiendo de las metas conductuales que fueron el punto de referencia de la terapia, las cuales se ordenaron de más sencillas a complicadas para el paciente tomando en cuenta sus motivaciones, intereses, habilidades de afrontamiento y apoyo social.

➤ Seguimiento

Se implementaron procedimientos de cambio, es decir, instrumentos de evaluación adecuados al problema que especificaron las metas de tratamiento en términos conductuales conjuntamente con el usuario, especificando los criterios de cambio, describiendo y secuenciando adecuadamente los procedimientos, analizando los

resultados obtenidos mediante evaluaciones hechas antes, durante y después de aplicados los procedimientos.

La Primera fase, corresponde a la evaluación inicial (A) o línea base, en ella se elaboró la definición del motivo de consulta, evaluación conductual y análisis funcional, con los siguientes puntos:

- a) Primer contacto con el paciente
- b) Generar relación
- c) Sondear tratamientos previos
- d) Explicación de la forma psicoterapéutica de trabajo
- e) Encuadre terapéutico
- f) Definición del motivo de consulta
- g) Identificar quejas
- h) Identificar demandas
- i) Selección y descripción de las conductas problemas
- j) Inicio de la línea base a través de autoregistros
- k) Evaluación conductual
- l) Entrevista conductual y análisis secuencial integrativo
- m) Análisis funcional del comportamiento

En la segunda fase (B) se establecieron, periodos de evaluación, utilizando técnicas e instrumentos de evaluación que correspondieron a períodos de aplicación de técnicas de modificación de conducta y periodos de inclusión de nuevos tratamientos o técnicas modificadas (intervención).

En la tercera fase (A) correspondía a períodos de observación (seguimiento y evaluación)

## Reporte de evaluación inicial

### Ficha de identificación

**Nombre:** Jesús García García

**Sexo:** Masculino.

**Edad:** 21 años.

**Estado civil:** soltero.

**Nivel de estudios:** Licenciatura en aviación trunca.

**Ocupación:** estudiante.

**Domicilio:** Calle el Rosal, N. 1. Col. la Conchita Zapotitlán Tláhuac. CDMX

**Teléfono:** 55 3774 6669

**Religión:** católica.

### Motivo de consulta

Jesús decide comenzar a buscar ayuda ya que desde hace un año (julio, 2018) fue diagnosticado como VIH positivo, el diagnóstico le trajo problemas de salud, emocionales y económicos, por lo que después de su diagnóstico se ha sentido deprimido, sin ánimos de nada e incluso tuvo pensamientos de suicidio que no materializó, pero se niega a consumir el tratamiento farmacológico de manera adecuada, por lo cual su salud física se ha visto deteriorada, al sentirse mal físicamente su estado de ánimo no es bueno ya que se siente culpable porque quien le transmitió el VIH fue su novia con la cual llevaba un año y medio de relación lo que lo llevó a confiar plenamente en ella y no usar condones en sus relaciones sexuales, ella tomaba anticonceptivos orales, siente culpa por “confiar en la novia por amor por eso ahora estoy enfermo” sic. Pac, piensa que por ser irresponsable no debe recibir ayuda, ni de la familia, ni de nadie, a pesar de eso la familia de Jesús lo apoya, sobre todo su hermana mayor Matiz de 24 años, su padre está molesto porque fue un “idiota

al contagiarse de esa chingadera”, por lo cual es de quien recibe menos apoyo emocional pero si lo apoya económicamente, sobre todo cuando ha estado en el hospital, su mamá a pesar de pensar como su papá, lo apoya emocionalmente estando pendiente de estado de ánimo y acompañándolo en todo momento al hospital ya que le preocupa que no quiera recibir el tratamiento farmacológico.

A partir del diagnóstico Jesús se da de baja temporal de la escuela ya que tiene miedo de que si se enteran de que es portador de VIH lo corran y lo discriminen, lo mismo ocurrió con el trabajo de fines de semana que tenía en un centro de atención telefónica, y por ahora solo está en su casa, “dejar la escuela y trabajo es deprimente y es estresante no tener dinero” sic. Pac.

“Quiero tomar el tratamiento de manera adecuada, pero es como si algo dentro lo impidiera ya que es mi culpa estar enfermo por no cuidarme” Sic. Pac, este pensamiento lo hace sentir que no merece estar bien y le ha impedido consumir de manera adecuada los fármacos antirretrovirales (tiene que tomarlo 1-0-0, los siete días de la semana y solo lo toma 1 o 2 veces por semana) además de negarse a recibir apoyo psicológico y psiquiátrico que le han sido recomendados numerosas veces por los médicos que lo han tratado cuando ha estado en el hospital una vez por neumonía y otra por diarreas paroxísticas, pero una vez que logran estabilizarlo se ha negado a tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, psicológico y psiquiátrico.

Lo que lo llevó a buscar apoyo psicológico fue el deterioro de su salud física y la situación que vive con su hermana, quien es la que más se preocupa y está pendiente tratando de apoyarlo cuidándolo incluso cocinando y bañándolo cuando él no ha podido hacerlo, recientemente ella le dijo que si le pasaba algo ella no sabría que hacer ya que son muy unidos y le preocupa que cada día lo ve más enfermo y triste y que no toma los antirretrovirales de manera adecuada.

## **Descripción operacional del problema (gráficas de frecuencia y/o magnitud)**

Jesús no tiene una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico el cual necesita para la recuperación de su salud física y a su vez emocional, le preocupa ya

que pasa la mayor parte del tiempo enfermo (fiebre, diarrea y gripes - sin ánimos de nada) por lo menos 4 veces al mes, además dejó su carrera y trabajo lo que hace que se deprima ya que era algo que disfrutaba mucho pero teme que si en la escuela se enteran de su enfermedad sufra discriminación y lo expulsen, esto lo lleva a sentirse como “inútil” sic. Pac ya que actualmente no hace nada más que estar en su casa pensando en el ¿Por qué? le paso esto a él (contagiarse de VIH), si considera que es una buena persona y que jamás tuvo una conducta de riesgo su error fue confiar en su novia y por eso está enfermo este pensamiento es frecuente durante el día y en las noches causándole insomnio, se la pasa pensando ¿Por qué? y que va a pasar ahora con él, “ya no tendré tener una vida, una carrera, hijos o una pareja”, sic. Pac estos pensamientos se intensifican en las noches y no duerme, ha notado que en las noches al pensar en todo esto rechina los dientes incluso ha notado que lo hace cada que se pone a pensar sin importar la hora del día, tiene náuseas y dolor de cuerpo, el no dormir repercute sobre su salud física ya que no duerme más que una o dos horas y en el día se la pasa en la computadora jugando o revisando algunas páginas referentes a su enfermedad.

Al sentirse enfermo físicamente hace que no tenga apetito lo que de igual manera merma su estado físico, la mayoría de la comida le da asco, además de que no puede comer muchas cosas que le gustan, esto ha hecho que pierda peso de pesar 87 kilos pesa 60 kilos (mide 1.85), se ve y se siente “demacrado y enfermo”, ya no sale de casa a menos que sea muy necesario, no ve a sus amigos ya que nadie sabe de su diagnóstico y esto hace que se deprima más, ya que además de su familia siente que no cuenta con el apoyo de nadie, pero si él les cuenta que es VIH positivo, lo pueden discriminar y marginar, además de hacerlo sentir mal ya que él tuvo la culpa de contagiarse.

Las relaciones con su familia han mejorado un poco ya que con su mamá era distante, pero a partir del diagnóstico se ha acercado él, y su papá a pesar de seguir molesto está al pendiente de sus necesidades y hasta ahora no lo ha recriminado por no trabajar o estudiar, esto lo hace sentir como un inútil y mantenido, a veces quiere buscar trabajo, pero no lo hace porque nadie lo va a contratar por ser VIH positivo.

Tomando lo anterior en cuenta sus quejas radican en:

a) no tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral que mejorará su salud incluso que su vida depende de ese tratamiento,

b) al no aceptar el tratamiento antirretroviral su salud física decae cada día esto impacta directamente sobre su estado de ánimo que se ve afectado por sentirse mal físicamente, convirtiéndose en un círculo,

c) el pensamiento recurrente de contagiarse de VIH fue su culpa por no cuidarse

d) aislamiento social por miedo a ser discriminado.

Considerando que las quejas del paciente deben verse a partir de cuán urgentes son, cuán graves y qué facilidades de solución pueden tener; se debe tomar en cuenta que el diagnóstico médico (VIH positivo) no se puede cambiar. Mientras que el negarse a tener adherencia adecuada al tratamiento antirretroviral y el deterioro de su estado de salud física y emocional, se estiman en una relación causa-consecuencia, por lo que se considera que la queja y conducta a intervenir es negarse a tomar un tratamiento antirretroviral el cual mejoraría su estado de salud físico y a su vez emocional, de seguir negándose a tomar el tratamiento podría incluso terminar con su vida.

Se analizó la conducta del paciente, para establecer las variables relacionadas con la misma. Así desde la sesión inicial (lunes 5 de agosto de 2019) y dada la relevancia del autoregistro para establecer la línea base y para el proceso de intervención (Vera, 1998) se le proporcionó al paciente un formato de autoregistro para que condense el desapego al tratamiento, por medio de una auto observación de la conducta de “desapego del tratamiento antirretroviral”, se observaron tres categorías cognitiva, fisiológica y conductual o motora. Se realizó en un diario conductual (anexo A), donde se anotó, el antes, durante y el después de la conducta en sus tres categorías: ¿Qué pienso?, ¿Qué hago? y ¿Qué pasa con mi cuerpo?, durante 7 días del lunes 12 al domingo 18 de agosto. Con la información del diario conductual se elaboró auto registro (anexo B) del 19 de agosto a 1 de septiembre donde se rescataron los elementos constantes del diario conductual y durante 14 días se registró frecuencia el número de veces que aparecía la conducta, intensidad en una escala del 1 al 10 donde 1 es el menor puntaje y 10 la máxima intensidad y la duración de la conducta que se registró en minutos.



En la figura 1, se muestra la frecuencia con que ocurría la no toma del medicamento, se registró durante 14 días, con datos recabados a través del auto registro. Teniendo que durante 8 días ocurrió 2 veces y 5 días una vez, teniendo que en estas dos semanas solo se tomó el medicamento una vez.

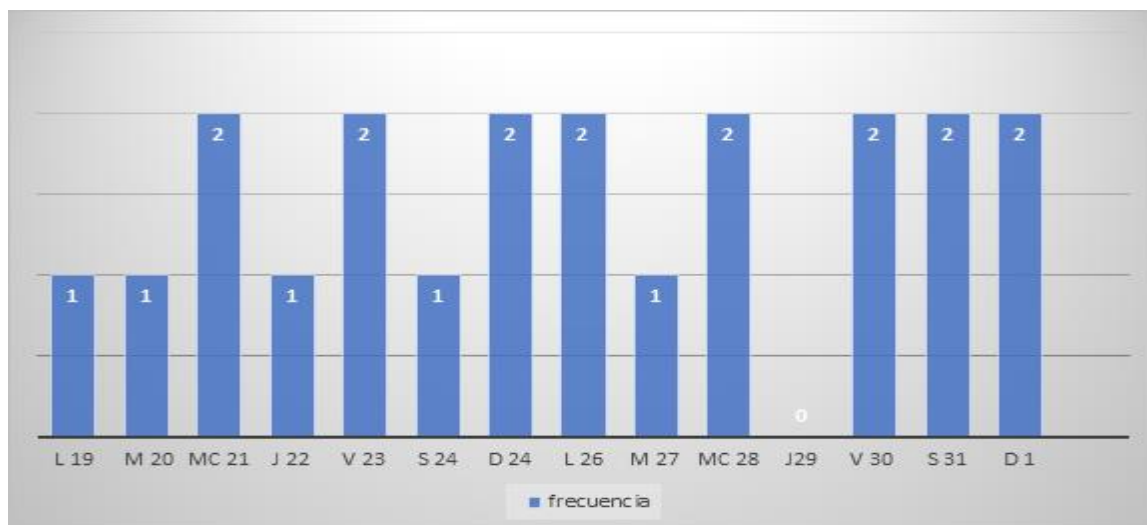


Figura 1. Frecuencia diaria de ocurrencia de la conducta

En la figura 2, se muestra la intensidad de la conducta en una escala del 1 al 10 donde 1 es el menor puntaje y 10 el máximo puntaje, se realizó el auto registro durante dos semanas teniendo que durante 7 días la intensidad fue de 10 y que solo durante un día la intensidad fue 5 de siendo esta la menor intensidad registrada.

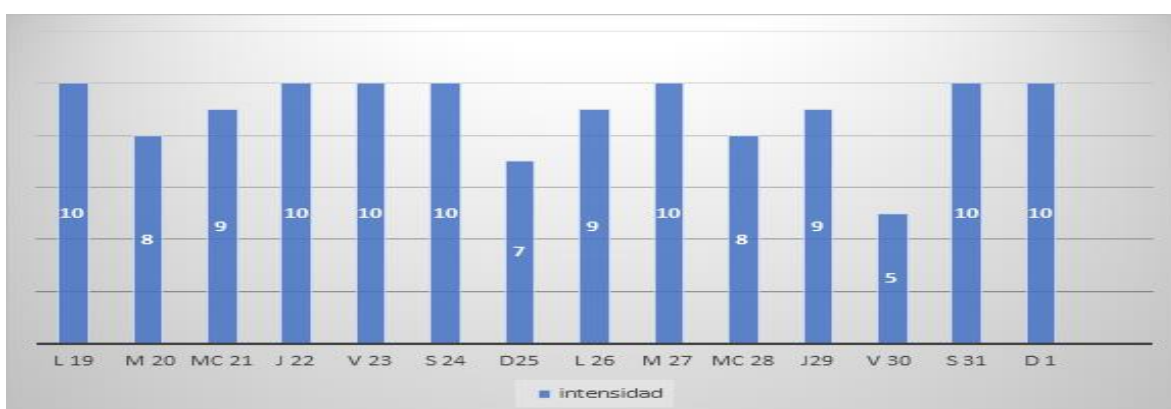


Figura 2. Intensidad de la conducta por día de registro

En la figura 3, podemos observar que la no toma del medicamento ocurría en soledad con un 64% mientras que en un con menor porcentaje 36% acompañado esto

es relevante dada la importancia del apoyo social en los pacientes con una enfermedad crónica.

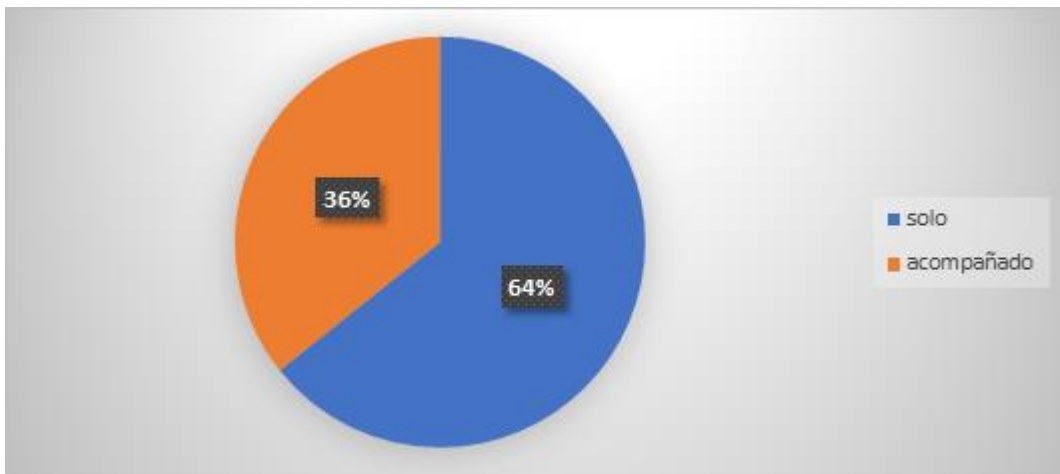


Figura 3. Ocurrencia de la conducta en soledad o en compañía.

En la figura 4, se muestra la duración de la conducta en minutos la cual es muy dinámica podemos ver que va con una duración de 45 minutos siendo esta la mayor duración a 0 minutos siendo esta la menor.

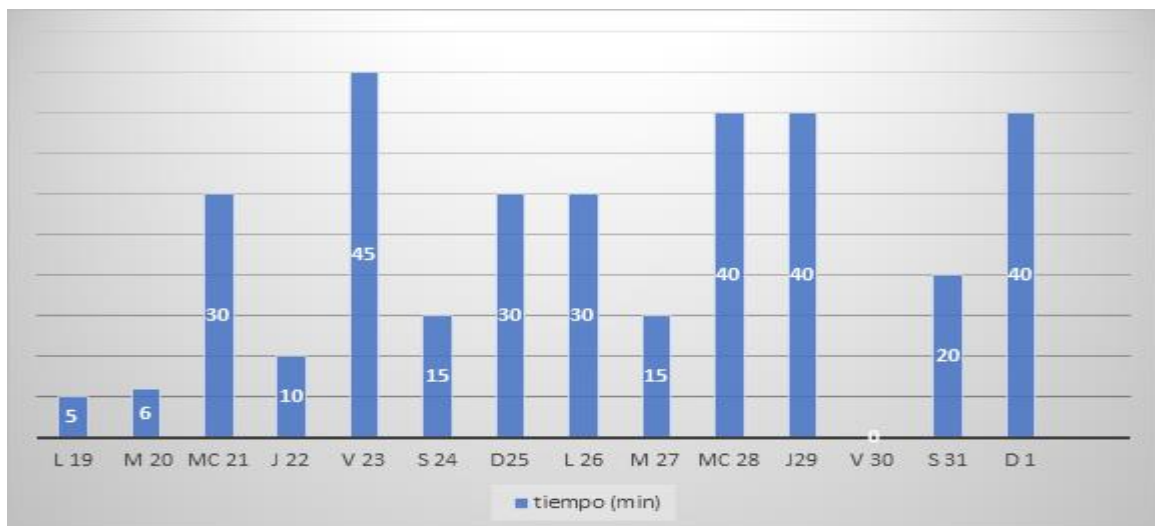


Figura 4. Duración de la conducta

## Análisis funcional de la conducta

Antecedentes	Organismo	Conducta	Contingencia
<p><b>Situación Específica</b></p> <p>No tener adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral</p> <p><b>Cognoscitivas</b></p> <p>Piensa que es su culpa estar enfermo por no cuidarse.</p> <p><b>Emocionales</b></p> <p>Siente culpa, tristeza, coraje y decepción hacia sí mismo.</p> <p><b>Sociales</b></p> <p>Ha dejado la universidad y su trabajo, se ha aislado de sus amigos dejando de verlos y hablarles. Con su familia sus relaciones han mejorado son más apegados.</p>	<p><b>Aspectos individuales</b></p> <p>Edad: 21 años.</p> <p>Sexo: masculino, se asume como heterosexual.</p> <p>Historia de enfermedad: VIH positivo desde hace un año sin desarrollar aún la etapa de SIDA.</p> <p>Historia de accidentes o traumatismos: Ninguno, pero ha estado hospitalizado en dos ocasiones por complicaciones del VIH como neumonía y diarreas.</p> <p>Antecedentes psicológicos, neuropsicológicos y/o neuronales: desde su diagnóstico médico depresión y ansiedad.</p>	<p><b>Conductas específicas.</b></p> <p>No tiene adherencia al tratamiento antirretroviral, lo toma 1 o 2 veces por semana de 7 tomas que debería realizar.</p> <p><b>Sentimientos</b></p> <p>Culpabilidad por estar enfermo y por consumir el tratamiento. Después siente culpable de no tomarlo.</p> <p><b>Cognoscitivos</b></p> <p>Piensa que es su culpa estar enfermo y que, aunque tome el tratamiento no se va a curar.</p> <p><b>Fisiología</b></p> <p>Náuseas</p> <p>Dolor de estómago</p> <p>Cansancio</p> <p>Dolor de mandíbula por rechinar los dientes</p>	<p><b>Consecuencias a corto plazo</b></p> <p>No aceptar que su estado de salud depende de un tratamiento antirretroviral.</p> <p>Siente culpa de estar enfermo. Aislamiento social.</p> <p>Insomnio, bajo peso, astenia.</p> <p><b>Consecuencias a mediano plazo</b></p> <p>Continuar con el deterioro de su salud física y emocional. Aislamiento social.</p> <p><b>Consecuencias a largo plazo.</b></p> <p>Desarrollar una etapa de SIDA la cual podría causarle la muerte, los sentimientos de culpabilidad pueden acelerar este proceso.</p>

## Familiograma

Jesús vive en casa de su familia que se compone de sus padres, Antonio de 50 años y María 47 y su hermana mayor Matiz de 24 años, con sus padres la relación siempre fue distante ya que cada uno se dedicaba a trabajar y estudiar respectivamente y conviven muy poco, los fines de semana que era cuando más tiempo tenían sus padres y hermana, Jesús trabajaba por lo que casi no lo veían, pero a partir de su diagnóstico esto cambió ya que ha sentido que su familia se unió un poco más ahora cenar juntos en las noches y los fines de semana conviven más, su mamá tenía dos empleos pero a partir del diagnóstico de Jesús, dejó su empleo de la tarde para estar más pendiente de sus necesidades, sobre todo cuando ha estado en el hospital.

Jesús considera que su familia es conservadora y sus padres son muy allegados a la religión católica, él no se considera católico pero que sí cree en Dios sic. Pac. Con quien mejor se lleva es con su hermana, quien es mayor por tres años esto hace que sus gustos sean muy parecidos por ejemplo: ambos disfrutaban del ciclismo de montaña, antes de su diagnóstico, también les gustaba la misma comida y música por lo que pasaban mucho tiempo juntos, sus padres desde que recuerda han trabajado todo el día para poder solventar los gastos de la casa, su madre es empleada doméstica y su padre es taxista, como sus sueldos no son muy altos recuerda que casi siempre han trabajado todo el día, regularmente se quedaban solos en casa después de llegar a de la escuela, esperando a sus papás, refiere que a pesar de no ganar mucho a él y a su hermana nunca les ha faltado nada incluso han ido a escuelas de paga y la carrera que él estudiaba era cara. Una persona especial en la vida de Jesús es su tío Javier hermano de su padre el cual se enteró de su diagnóstico y lo ha apoyado mucho, su tío vive en Estados Unidos y ha venido a visitarlo y lo ha invitado a visitarlo (en Estados Unidos) para distraerse, Jesús ha ido en una ocasión, pero se regresó porque le tocaba ir por sus medicamentos, pero lo apoya incluso económicamente, le habla muy seguido vía telefónica.

Con el resto de su familia por parte de su padre no tiene más relación y con la de su madre tampoco ya que su familia está en Veracruz, con quien llega a tener contacto vía telefónica es con su abuelo y un tío, pero es una relación familiar por compromiso sic. Pac.

Cuando Jesús fue diagnosticado como VIH positivo y se dio cuenta que quien lo contagio fue su novia Andrea (no pudo haber sido de otra manera ya que él jamás salió con otra persona ni recibió sangre ni siquiera se hizo un tatuaje que son las formas de contagio más comunes), terminaron la relación por esta razón, se sintió decepcionado de ella porque él confió plenamente y no se cuidó, este hecho lo hace sentir culpable ya que a pesar de la infidelidad de ella, el responsable de cuidarse era él, incluso ahora dice que la ha perdonado y en ocasiones se han visto, lo que su familia le recrimina ya que consideran que ella es la responsable de que él esté enfermo, y no están de acuerdo que se acerque a ella y menos que quiera tener una relación de cualquier tipo con ella, “la aborrecen” sic. Pac, pero él mantiene la comunicación, incluso menciona que tal vez en algún futuro se reconcilien ya que considera que sólo con ella podría hacer una vida por su diagnóstico, pero sabe que esa decisión su familia jamás la aprobaría mucho menos su hermana, quien es quien más lo quiere y está pendiente de su salud y a quien le afecta demasiado su diagnóstico, teniendo incluso que ir a terapia psicológica donde la diagnosticaron con depresión. Matiz le ha pedido que por favor no tenga contacto con ella, que siente que la odia (ver figura 5).

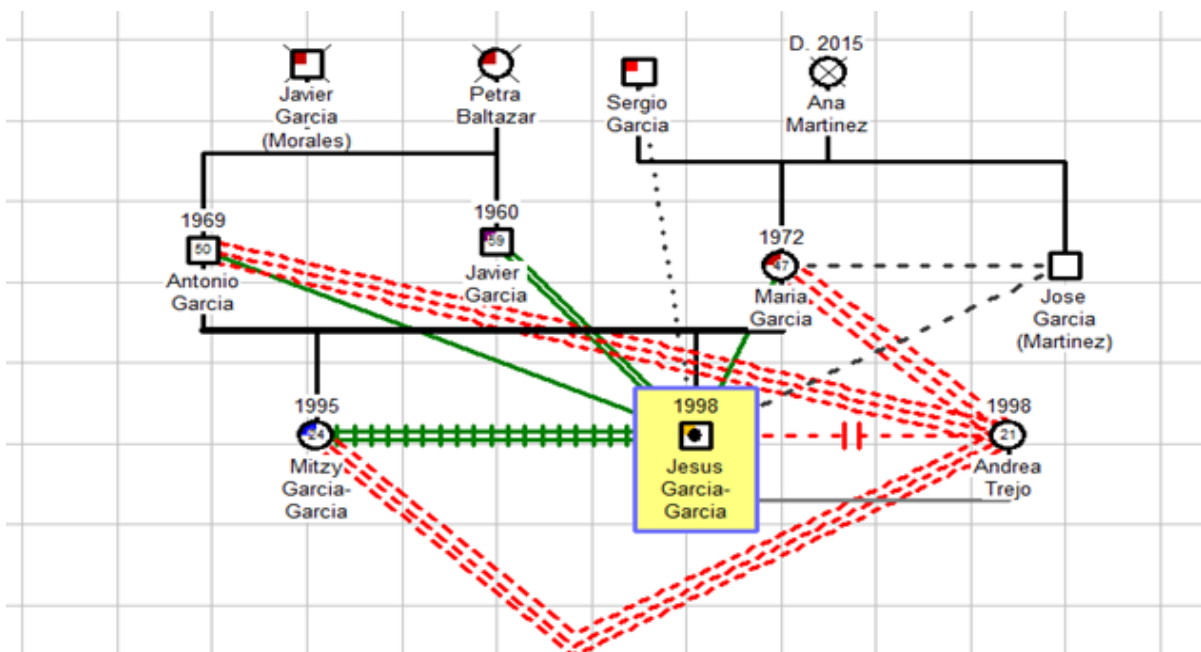


Figura 5. Familiograma

## Resultado de pruebas psicológicas empleadas

a) Teva, Paz, Hernández & Buena (2005) refieren que la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad, siendo una de las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos, de acuerdo con lo referido con Jesús y sus síntomas se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck de Aaron T. Beck y Robert A. Steer (1988) (anexo C) que es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, la cual arrojó que Jesús tiene ansiedad severa con 53 puntos.

b) De acuerdo con Rivera, Corrales, Cáceres y Julio (2007) las personas con VIH suelen experimentar estados de depresión más o menos prolongados a lo largo del proceso de infección, con implicaciones directas sobre el ejercicio instrumental de los comportamientos de adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales y la progresión clínica de la enfermedad, en este sentido la comunicación verbal y no verbal en la plática inicial con Jesús, indican signos de depresión, para evaluarla se aplicó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) (anexo D), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Se obtuvo como resultado que Jesús tiene una depresión severa con la máxima calificación que es 80.

c) De acuerdo con Limaylla y Ramos (2016) es importante y necesario evaluar la adherencia terapéutica en los pacientes desde el inicio del tratamiento y durante el tiempo subsecuente, en enfermedades crónicas ya que el incumplimiento del tratamiento farmacológico ocasiona fracaso del tratamiento y conlleva a serios problemas en la calidad de vida, costos para el sistema de salud y contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos, en este sentido se aplicó Escala Simplificada para detectar Problemas de Adherencia al tratamiento antirretroviral

(ESPA) (anexo E), donde se evidencio que Jesús no es adherente a tratamiento con 3 puntos, ya que se considera no adherente cuando la calificación es inferior a 5 puntos.

d) Tomando en cuenta que Jesús padece una enfermedad crónica se aplicó la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF (1993) (anexo F) que ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente, cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada, Jesús punta de manera baja en cada dominio lo que indica que percibe una baja calidad de vida.

De acuerdo con las calificaciones de las escalas tenemos que Jesús presenta depresión severa lo que concuerda con su lenguaje verbal y no verbal, que expresan sentimientos de culpa, tristeza, decaimiento, problemas para comer y dormir, así como desinterés por las cosas que antes disfrutaba, de igual manera presenta ansiedad severa con síntomas como nerviosismo y referir miedo e inseguridad aunados a signos físicos como problemas digestivos y desvanecimiento, que empeoran con la no adherencia al tratamiento antirretroviral del cual depende de salud física que impacta a la emocionalidad, señalando que tiene una percepción de baja calidad de vida (ver figura 6).

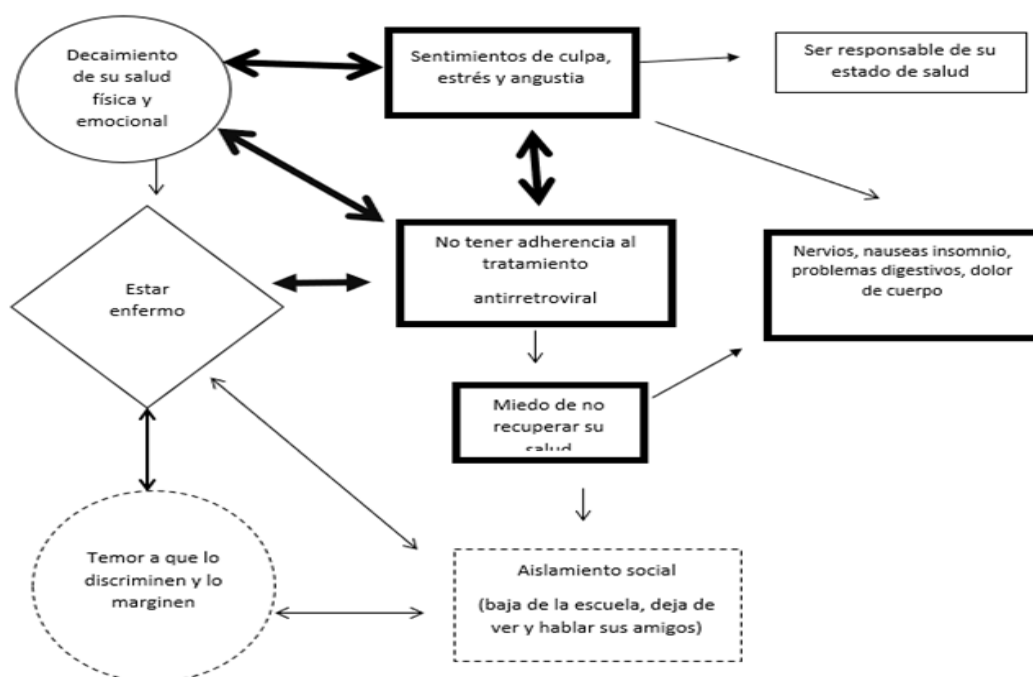


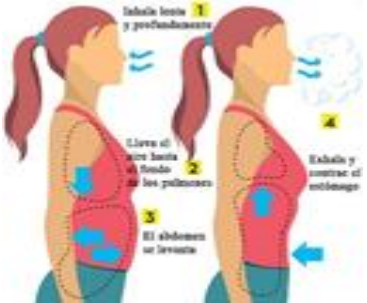

Figura 6. Análisis funcional del caso (Diagrama analítico)

## Metas conductuales

- a) Desarrollar una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.
- b) Cambiar sus pensamientos de culpa por su estado de salud.
- c) Recuperar su vida social con amigos y reingreso a la escuela y trabajo.

## Seguimiento del proceso terapéutico (cartas descriptivas por sesión)

Miércoles 11 de septiembre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1° Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° Tomando en cuenta el estado de ansiedad y estrés del paciente se planeó trabajar con técnicas de relajación, para lo cual se explica cómo daña y cómo podemos enfrenar el estrés y la ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>Técnicas psicofisiológicas o de autocontrol emocional. Son aquellas técnicas que, actuando sobre los estados psíquicos del sujeto, provocan modificaciones del estado o del funcionamiento biológico y las que incidiendo sobre el estado o función fisiológica del organismo inducen a ciertos estados psíquicos. Dentro de las técnicas psicofisiológicas tenemos las técnicas bioenergéticas, basadas en técnicas respiratorias que activan la función fisiológica de algún sistema orgánico para elevar el nivel energético del organismo y desarrollar la capacidad de control</p>	 <p>Recuperado de <a href="https://www.relajemos.com/respiracion-profunda/">https://www.relajemos.com/respiracion-profunda/</a></p> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.</li> <li>2. Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar. Posición de las manos para la respiración diafragmática</li> <li>3. Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.</li> <li>4. Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómoda. Permita que su estómago baje conforme el aire sale de sus pulmones.</li> <li>5. Repita</li> </ol>	<p>Continuar con la práctica de los ejercicios de respiración revisar el siguiente video para continuar <a href="https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj_M">https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj_M</a></p> <p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Se le pide ver un video ¿Qué nos hace resilientes? Con Feggy Ostrosky Martha Debayle. <a href="https://www.youtube.com/watc">https://www.youtube.com/watc</a></p>



<p>Los eventos estresantes tienen efectos negativos en la salud física y mental; ante situaciones estresantes nuestro cuerpo está programado con respuestas de lucha-huida. Cuando la situación estresante no se resuelve correctamente, ésta tiene un efecto negativo en nuestro cuerpo y cerebro por el estrés continuo y puede acabar en un nivel clínico de estrés mayor como puede ser un trastorno de ansiedad o depresión, es así que nuestro cerebro está programado para reaccionar ante estímulos emocionales, por ello en ocasiones nos lleva erróneamente a percibir amenazas donde no las hay, sin embargo por medio de la experiencia y aprendizaje podemos reprogramar</p>	<p>consciente de los estados de ese sistema.</p> <p>Sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituyen un antídoto para el estrés.</li> <li>• Contribuyen a una adecuada oxigenación de la sangre, lo que a su vez permite mejorar los estados de ansiedad, depresión, fatigabilidad e irritabilidad.</li> <li>• Contribuye a disminuir la tensión muscular.</li> <li>• Se utilizan en el tratamiento y prevención de la apnea, de la hiperventilación, la respiración superficial y la frialdad de las manos y los pies.</li> <li>• Pueden ser utilizadas con carácter preventivo profiláctico ante factores de riesgo para contraer algunas enfermedades (Rodríguez, García y Cruz, 2005)</li> </ul> <p>Técnica respiración. Su objetivo es facilitar el control y automatización de la respiración para mantenerla en situaciones de tensión.</p> <p>Un problema de salud (VIH) puede crear o conducir a diferentes fuentes de estrés más como aumentar los problemas cotidianos y/o las enfermedades crónicas más severas. Es decir, de un problema mal resuelto podemos generar más problemas y situaciones estresantes que</p>	<p>Recuperado de <a href="https://giphy.com/gifs/meditation-3yin5BjYoXPq">https://giphy.com/gifs/meditation-3yin5BjYoXPq</a></p> <p>Relajación Muscular Progresiva de Jacobson   Sesión Guiada con Instrucciones</p> <p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=eu-2iWv_fCM">https://www.youtube.com/watch?v=eu-2iWv_fCM</a></p>	<p>cada paso hasta que su cuerpo se sienta relajado.</p>	<p><a href="https://www.youtube.com/watch?v=fz918lSo7fA">h?v=fz918lSo7fA</a> que piense sobre el tema y que pueda generar una opinión propia y que lo abordaremos la siguiente sesión, para abordar la pregunta que hizo ¿qué por qué le tuvo que pasar esto a él (contagiarse de VIH)?</p>
---	--	---	--	---

nuestro cerebro para hacerlo más fuerte para afrontar el estrés (Belda, 2015).	afectan a nuestra salud física y mental, es por ello por lo que debe conocer un estado de relajación que le ayude a disminuir las posibles interferencias asociadas con la reactividad emocional (El estrés y el VIH, 2010).			
--	--	--	--	--

Miércoles 18 de septiembre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1º Indagar cómo se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2º revisar la variante para mejorar el ejercicio de respiración y con ellos encontrar un estado de tranquilidad que le ayude a continuar con los siguientes ejercicios de la terapia.</p> <p>3º revisar qué opinión genero del tema de resiliencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>Resiliencia. Capacidad de una persona para superar situaciones estresantes y dolor emocional, sobreponerse, aprender de ellas y salir fortalecido.</p> <p>Nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos, en este sentido vamos a usar una técnica que se llama <b>reestructuración cognitiva (RC)</b> que es un proceso terapéutico que se basa en la identificación y</p>	<p>Modelo en que se basa la terapia cognitiva (Anexo G) El registro de pensamientos (Anexo H)</p>	<p>El modelo cognitivo en que se basa la RC ha sido denominado modelo A-B-C por algunos autores.</p> <p>Las tres letras se refieren a lo siguiente: A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida real. Por ejemplo, ser criticado por una persona muy querida o fracasar en una tarea importante tal como el tratamiento del primer paciente. B se refiere a las cogniciones apropiadas o inapropiadas del cliente acerca de A. Estas cogniciones pueden ser conscientes o no. La palabra cogniciones puede hacer referencia tanto al contenido de la cognición como a los procesos cognitivos. Entre estos últimos se incluyen la</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Realizar un video donde exponga cómo se siente respecto de ser seropositivo</p> <p>Se le entrega un autoregistro de reestructuración cognitiva (registro de pensamientos). (Anexo I)</p>

	<p>confrontación de los pensamientos negativos e irracionales que nos asaltan ante determinadas circunstancias.</p> <p>Este tipo de pensamientos son llamados <b>distorsiones cognitivas</b>. Y aunque todo el mundo tiene algunas distorsiones cognitivas, un exceso de ellas se vincula de manera directa con determinados trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión (Bados y García, 2010)</p>		<p>percepción, atención, memoria (retención, recuperación), razonamiento e interpretación.</p> <p>Los supuestos y creencias que tiene una persona facilitan la ocurrencia de ciertos sesgos y errores en el procesamiento de la información tales como atención selectiva (p.ej., atender sólo a los fallos que uno comete), memoria selectiva (p.ej., recordar sólo las cosas negativas), sobre generalización (p.ej., creer que tras un fracaso no se tendrá éxito con los pacientes posteriores) o pensamiento dicotómico (p.ej., pensar que la gente es buena o mala).</p> <p>C. se refiere a las consecuencias emocionales, conductuales y físicas de B. Por ejemplo, sentir miedo, temblar y salir corriendo al interpretar de modo amenazante la aparición de un perro que se aproxima ladrando. O bien sentirse triste y abatido al tomarse como un rechazo personal la no aceptación de una propuesta de cita. Emociones, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.</p>	
--	--	--	---	--

25 de septiembre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1° Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar el video o audio que hizo Jesús respecto de cómo se sentía desde su diagnóstico como seropositivo</p> <p>3° revisar un ejercicio de reestructuración cognitiva, por medio del video.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>Desarrollar la capacidad de distanciarnos de nuestras propias experiencias.</p> <p>Prestar atención detallada a los pensamientos y sensaciones que surgen, pero tratando de separarse de ellos para darnos cuenta de que no somos nuestros pensamientos y nuestras emociones. No tienen por qué determinar nuestra conducta en un sentido concreto. Por más que te des cuenta de que tienes determinados pensamientos, tienes que comprender que no hay que reaccionar a él como si se tratara de una verdad absoluta que hace que te sientas mal contigo mismo. Puedes sencillamente cobrar conciencia de ellos, con una aceptación desapegada. Tener un pensamiento no nos define ni nos posee, sino que simplemente es un pensamiento.</p>	<p>Modelo en que se basa la terapia cognitiva (anexo G)</p> <p>El registro de pensamientos (Anexo H)</p>	<p>Se revisa el audio o video de Jesús con el modelo A-B-C. Como se explicó en el modelo A-B-C las cogniciones siempre preceden a la emoción. Sin embargo, la emoción puede existir por unos momentos sin cogniciones previas como cuando sentimos miedo o ira de repente al ver respectivamente como un coche ha estado a punto de atropellarnos o una persona nos ha dado un fuerte golpe. De todos modos, se piensa que las cogniciones son necesarias para el mantenimiento de la emoción. Si esto es así o bien las cogniciones simplemente potencian una emoción que tiene también otros factores que la influyen, es algo que está por dilucidar.</p> <p>Se explica que existen Productos cognitivos. Son los pensamientos concretos que aparecen en situaciones externas o ante eventos internos en forma de auto verbalizaciones o imágenes y, que muchas veces, son automáticos e involuntarios. Son el resultado de la interacción entre los supuestos y creencias cognitivos, los</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Responder el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990) (Anexo J)</p>

	<p>Visionar vídeos o escuchar audios de tu voz pueden ser formas útiles de ayudar a asumir la perspectiva de un observador desapegado (Badenes, 2017).</p>		<p>procesos cognitivos y los elementos situacionales. Son el tipo de cogniciones de más fácil acceso. Ejemplos serían el paciente agorafóbico que piensa que va a tener un infarto cuando nota su corazón acelerado o el terapeuta que piensa algo de lo siguiente tras el fracaso en el tratamiento del primer paciente: "tengo que averiguar qué falló, para tomar las medidas oportunas" o bien "está claro que no valgo para terapeuta". - Supuestos. Son creencias condicionales que suelen expresarse como proposiciones del tipo si-entonces; p.ej., "si cuento cosas de mí mismo, se aprovecharán de mí", "si intento cosas difíciles, seré incapaz de hacerlas", "si cometo un error, significa que soy un incompetente", "me pondré rojo y todo el mundo se reirá de mí". Estos supuestos también pueden manifestarse a través de normas (p.ej., "no debo revelar muchas cosas de mí mismo", "debo evitar cosas que sean muy complicadas") y actitudes ("es terrible cometer un error"). Los supuestos condicionales están a medio camino entre los productos cognitivos y las creencias nucleares. Estas normas y actitudes están relacionadas con o derivan de presunciones condicionales. Así, la norma "no debo revelar muchas cosas de mí mismo" puede estar asociada a "si revelo cosas de mí mismo, la gente me hará</p>	
--	--	--	---	--

			<p>daño"; y la actitud "es terrible cometer un error" puede derivarse de la presunción "si cometo un error, pensarán que soy un incompetente".</p> <p>Creencias nucleares. Se trata de creencias incondicionales, duraderas y globales sobre uno mismo (p.ej., "soy vulnerable", "soy incapaz", "soy inferior", "normalmente puedo manejar las dificultades"), los otros (p.ej., "la gente te manipula si puede", "la gente es buena en el fondo, aunque a veces se equivoque") y el mundo (p.ej., "el mundo es peligroso"). Representan el nivel cognitivo más profundo (Bados &amp; García, 2010).</p>	
--	--	--	--	--

2 de octubre

<b>Inicio de la sesión</b>	<b>Psicoeducación (explicación)</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Tareas</b>
<p>1° Indagar cómo se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>La teoría acerca de la solución de Problemas plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea, pero no sabe cómo realizarla, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los más altamente estructurados hasta los que se</p>	<p>Proceso de resolución de problemas basado en el modelo de D Zurrilla et al, 2002 (Anexo K)</p>	<p>Utilizar esta técnica combinándola con la directriz de detener y enlentecer (con por ejemplo relajación progresiva y reestructuración cognitiva), para abordar problemas especialmente complejos</p> <p>Las tareas implicadas en la solución planificada de problemas son:</p>	<p>1° Indagar cómo se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990) como reflexión de lo revisado durante la sesión</p>

<p>3° revisar la técnica de solución planificada de problemas (SPP)</p>	<p>encuentran en la vida diaria los cuales, se considera necesitan más tiempo para ser resueltos</p> <p>En la resolución de problemas están implicados sistemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procesamiento de la información: los procesos de pensamiento que se activan en la solución de problemas suponen una búsqueda que va dirigida hacia el archivo conocido como memoria de corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de los problemas</li> <li>2. La estructura de la tarea: referida a la descripción de las conductas requeridas para la resolución del problema. Esta estructura establece los límites definiendo las alternativas permitidas para alcanzar la respuesta.</li> <li>3. Los espacios del problema: alude a la representación mental o gráfica que la persona debe hacer de la situación</li> <li>4. La información presente en los espacios del problema: cada nudo resuelto en el proceso de la solución del problema representa un paso que el sujeto evalúa y decide si lo ayuda en la solución o no; estos pasos suponen un progreso. Se han distinguido dos componentes en este proceso: 1) Orientación o</li> </ol>		<p><b>Paso 1.</b> Definir el problema y establecer objetivos realistas.</p> <p>Busca los hechos importantes sobre el problema (responde a preguntas como quién, qué, cuándo, dónde y cómo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe los hechos en un lenguaje claro.</li> <li>• Diferencia hechos de suposiciones.</li> <li>• Establece objetivos realistas y que estén bajo tu control.</li> <li>• Identifica los obstáculos o barreras que impiden el logro de tus objetivos Problemas que pueden ser cambiados y problemas que no pueden ser cambiados</li> </ul> <p>En lo que respecta a los objetivos, hay una cosa que debemos recordar y es que no siempre podremos resolver o arreglar un problema. A veces la mejor forma de abordar un problema es aceptar su existencia. Eso significa que no podemos cambiar el clima para que se adapte mejor a nuestros planes, tenemos que aceptar que va a llover durante el partido de fútbol que llevábamos esperando tanto tiempo. También significa que aceptar la realidad suele ayudar a superar el sentimiento de autocompasión o de pretender</p>	<p>3° revisar la técnica de solución planificada de problemas (SPP)</p>
---	---	--	--	---

	<p>actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. (Bados &amp; García, 2014)</p>		<p>cambiar algo que no puede ser cambiado, sobre todo en referencia a personas que no quieren cambiar (Badenes, 2017).</p> <p><b>Paso 2.</b> Generar soluciones alternativas para resolver el problema.</p> <p>Consiste en esbozar creativamente una amplia variedad de opciones para solucionar el problema. Actuar de ese modo aumenta las oportunidades de dar con una gran idea, sentirte más esperanzado (imagina que, ante cada decisión, solo contases con una alternativa), contrarrestar el pensamiento de tipo “blanco o negro” y minimizar la tendencia a actuar impulsivamente. Este paso te ayudará a pensar creativamente en diferentes ideas, de 3 a 5 por lo menos y más todavía de ser posible.</p> <p>Para realizar eficazmente este paso es aconsejable la aplicación de los principios de la técnica “<i>brainstorming</i>” (tormenta de ideas), que contribuyen a aumentar la flexibilidad y creatividad, así como a aumentar también la cantidad y calidad de las soluciones generadas por ti.</p> <p>La creatividad supone una actitud de reto ante las circunstancias de la vida, una búsqueda constante de nuevos</p>
--	---	--	--



			<p>modos de hacer, pensar y sentir. Como valor cultural la creatividad se refiere no sólo a las manifestaciones artísticas de los pueblos, abarca también las múltiples actitudes, acciones, significados compartidos en un tiempo y en un espacio (Rojas, 2010).</p> <p><b>Paso 3.</b> Decidir qué ideas son las mejores. Existen cuatro tareas importantes implicadas en la toma de buenas decisiones:</p> <p><b>Elimina</b> las soluciones manifiestamente ineficaces.</p> <p><b>Predice</b> las consecuencias, tanto positivas como negativas, de cada posible solución.</p> <p><b>Valora</b> el impacto de estas consecuencias teniendo en cuenta costes-beneficios (sopesando pros y contra de cada una de las alternativas).</p> <p><b>Esboza un plan de acción</b> para llevarlo a cabo (el plan de acción se refiere a aquellas ideas que según el análisis de costes-beneficios realizado anteriormente, resulten más eficaces)</p> <p><b>Paso 4.</b> Llevar a la práctica la solución y ver si funciona. Después de haber desarrollado un plan de acción, hay que llevarlo a la práctica. Pero este no es necesariamente el punto final,</p>	
--	--	--	---	--

			<p>pues todavía queda por evaluar si su implementación ha sido exitosa. En caso contrario, deberás identificar los aspectos de tu plan que haya que revisar (Badenes, 2017).</p> <p>Tareas concretas que configuran el último paso de la solución planificada de problemas</p> <p><b>Motívate</b> para aplicar tu solución (piensa en los pros y contras de no hacer nada versus el posible éxito de la solución del problema).</p> <p><b>Visualiza</b> cómo te sentirás si insistes y resuelves el problema.</p> <p><b>Aplica</b> tu plan de acción.</p> <p><b>Observa y monitoriza</b> el resultado real.</p> <p><b>Recompénsate</b> cada vez que hagas un esfuerzo, sobre todo si el problema ha sido resuelto.</p> <p><b>Vuelve</b> de nuevo a las actividades anteriores en el caso de que la solución no resulte satisfactoria</p>	
--	--	--	--	--

9 de octubre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1° Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar la reflexión sobre el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D Zurrilla y Nezu, 1990)</p> <p>3° revisar la técnica de solución planificada de problemas (SPP) para pasos 1 y 2</p> <p>4° para la SPP vamos a revisar como el método D.E.PA.</p> <p><i>"No podemos controlar lo que sentimos, pero sí qué hacer con lo que sentimos"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>¡Es sencillamente imposible pensar lógicamente cuando uno se siente estresado!</p> <p>La teoría acerca de la solución de Problemas plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea, pero no sabe cómo realizarla, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los más altamente estructurados hasta los que se encuentran en la vida diaria los cuales, se considera necesitan más tiempo para ser resueltos</p> <p>En la resolución de problemas están implicados sistemas:</p> <p>1. Procesamiento de la información: los procesos de pensamiento que se activan en la solución de problemas suponen una búsqueda que va dirigida hacia el archivo conocido como memoria de corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de los problemas</p>	<p>Proceso de resolución de problemas basado en el modelo de Zurrilla et al, 2002.</p>	<p>SPP utilizar esta técnica combinándola con la directriz de detener y enlentecer (con por ejemplo relajación progresiva y reestructuración cognitiva y DEPA), para abordar problemas especialmente complejos</p> <p>Las tareas implicadas en la solución planificada de problemas son:</p> <p><b>Paso 1.</b> Definir el problema y establecer objetivos realistas.</p> <p>Busca los hechos importantes sobre el problema (responde a preguntas como quién, qué, cuándo, dónde y cómo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describe los hechos en un lenguaje claro.</li> <li>• Diferencia hechos de suposiciones.</li> <li>• Establece objetivos realistas y que estén bajo tu control.</li> <li>• Identifica los obstáculos o barreras que impiden el logro de tus objetivos Problemas que pueden ser cambiados y problemas que no pueden ser cambiados</li> </ul>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Poner en práctica el método DEPA</p> <p>Cuestionario de MOS (Anexo L) apoyo social percibido</p> <p>Lista de pareja ideal vs pareja real</p> <p>Trabajar con el punto 1- 2 de la solución de problemas</p>

	<p>2. La estructura de la tarea: referida a la descripción de las conductas requeridas para la resolución del problema. Esta estructura establece los límites definiendo las alternativas permitidas para alcanzar la respuesta.</p> <p>3. Los espacios del problema: alude a la representación mental o gráfica que la persona debe hacer de la situación</p> <p>4. La información presente en los espacios del problema: cada nudo resuelto en el proceso de la solución del problema representa un paso que el sujeto evalúa y decide si lo ayuda en la solución o no; estos pasos suponen un progreso. Se han distinguido dos componentes en este proceso:  1) Orientación o actitud hacia los problemas, que refleja una actitud general hacia los problemas; y 2) Habilidades básicas de resolución de problemas: definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisión, y aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. (Bados &amp; García, 2010)</p> <p>Cuando los obstáculos aparecen tenemos la sensación de no poder hacer nada para resolver el problema y cada vez tenemos emociones negativas más intensas. Para evitar que</p>		<p>En lo que respecta a los objetivos, hay una cosa que debemos recordar y es que no siempre podremos resolver o arreglar un problema. A veces la mejor forma de abordar un problema es aceptar su existencia. Eso significa que no podemos cambiar el clima para que se adapte mejor a nuestros planes, tenemos que aceptar que va a llover durante el partido de fútbol que llevábamos esperando tanto tiempo. También significa que aceptar la realidad suele ayudar a superar el sentimiento de autocompasión o de pretender cambiar algo que no puede ser cambiado, sobre todo en referencia a personas que no quieren cambiar (Badenes, 2017).</p> <p><b>Paso 2.</b> Generar soluciones alternativas para resolver el problema.</p> <p>Consiste en esbozar creativamente una amplia variedad de opciones para solucionar el problema. Actuar de ese modo aumenta las oportunidades de dar con una gran idea, sentirte más esperanzado (imagina que, ante cada decisión, solo contaras con una alternativa), contrarrestar el pensamiento de tipo “blanco o negro” y minimizar la tendencia a actuar impulsivamente. Este paso te ayudará a pensar</p>	
--	--	--	---	--

	<p>esto ocurra tenemos el método D.E.PA.</p> <p><b>D = Detente</b></p> <p>Tomar conciencia de nuestros sentimientos a la hora de afrontar el problema.</p> <p><b>E = Enlentece</b></p> <p>Dale al cuerpo y al cerebro la oportunidad de reducir la intensidad de la activación / arousal negativo.</p> <p><b>P = Piensa</b></p> <p>Enfréntate al problema.</p> <p><b>A = Actúa</b></p> <p>Poner en práctica todas las ideas para solucionar el problema</p>		<p>creativamente en diferentes ideas, de 3 a 5 por lo menos y más todavía de ser posible.</p> <p>Para realizar eficazmente este paso es aconsejable la aplicación de los principios de la técnica "<i>brainstorming</i>" (tormenta de ideas), que contribuyen a aumentar la flexibilidad y creatividad, así como a aumentar también la cantidad y calidad de las soluciones generadas por ti. La creatividad supone una actitud de reto ante las circunstancias de la vida, una búsqueda constante de nuevos modos de hacer, pensar y sentir. Como valor cultural la creatividad se refiere no sólo a las manifestaciones artísticas de los pueblos, abarca también las múltiples actitudes, acciones, significados compartidos en un tiempo y en un espacio (Rojas, 2010).</p>	
--	---	--	---	--

16 de octubre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1º Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2º revisar la técnica de solución planificada de problemas (SPP) paso 3 y 4</p> <p>3º revisar cuestionario de MOS apoyo social percibido, con la intención de revisar la importancia del apoyo social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>¡Es sencillamente imposible pensar lógicamente cuando uno se siente estresado!</p> <p>La teoría acerca de la solución de Problemas plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea, pero no sabe cómo realizarla, y en este sentido sostiene que los problemas van desde los más altamente estructurados hasta los que se encuentran en la vida diaria los cuales, se considera necesitan más tiempo para ser resueltos</p> <p>Apoyo social y su importancia</p> <p>Algunos investigadores identifican entre los moduladores de la adherencia terapéutica al apoyo social. Esta</p>	<p>Mecanismos de actuación indirecta del apoyo social sobre la salud y el bienestar en situaciones de estrés (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000). Recuperado de <a href="https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Mecanismos-de-actuacion-indirecta-del-apoyo-social-sobre-la-salud-y-el_fig2_323546456">https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Mecanismos-de-actuacion-indirecta-del-apoyo-social-sobre-la-salud-y-el_fig2_323546456</a> (anexo N)</p>	<p>Utilizar esta técnica combinándola con la directriz de detener y enlentecer (con por ejemplo relajación progresiva y reestructuración cognitiva y DEPA), para abordar problemas especialmente complejos</p> <p><b>Paso 3.</b> Decidir qué ideas son las mejores. Existen cuatro tareas importantes implicadas en la toma de buenas decisiones:</p> <p><b>Elimina</b> las soluciones manifiestamente ineficaces.</p> <p><b>Predice</b> las consecuencias, tanto positivas como negativas, de cada posible solución.</p> <p><b>Valora</b> el impacto de estas consecuencias teniendo en cuenta costes-beneficios (sopesando pros y contra de cada una de las alternativas).</p> <p><b>Esboza un plan de acción</b> para llevarlo a cabo (el plan de acción se refiere a aquellas ideas que según el análisis de costes-beneficios realizado anteriormente, resulten más eficaces)</p> <p><b>Paso 4.</b> Llevar a la práctica la solución y ver si funciona. Después de haber desarrollado un plan de acción, hay que llevarlo a la práctica. Pero este no es necesariamente el punto final, pues todavía queda por evaluar si su implementación ha sido exitosa. En caso contrario, deberás</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Poner en práctica el método DEPA</p> <p>trabajar con el punto 3- 4 de la solución de problemas</p> <p>Jesús tiene ideas sobre lo mal que le puede ir cuando la gente sepa que está enfermo teme que lo discriminen así que le dejo revisar la página de infoSIDA <a href="https://www.infosida.es/vivir-con-vih">https://www.infosida.es/vivir-con-vih</a> y que genere una opinión respecto a los temas y la página de consejo nacional para la prevención de la discriminación (CONAPRED) <a href="https://www.conapred.org.mx/index.php">https://www.conapred.org.mx/index.php</a></p> <p>Las paginas las revisara con la intención de abordar un cambio en las pautas de pensamiento negativo con el modelo ACC del pensamiento sano</p> <p>Cuestionario de Morisky-Green (anexo M)</p>

	<p>variable psicosocial ha sido abordada como factor de relevante impacto en la calidad de vida de los enfermos crónicos, en la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud-enfermedad.</p> <p>El tratamiento del VIH-sida es uno de los regímenes terapéuticos más complejos, por sus particularidades implica un estrés adicional para el enfermo, de modo que se hace más evidente la importancia del apoyo social para su cumplimiento.</p>		<p>identificar los aspectos de tu plan que haya que revisar (Badenes, 2017). Tareas concretas que configuran el último paso de la solución planificada de problemas</p> <p><b>Motivate</b> para aplicar tu solución (piensa en los pros y contras de no hacer nada versus el posible éxito de la solución del problema).</p> <p><b>Visualiza</b> cómo te sentirás si insistes y resuelves el problema.</p> <p><b>Aplica</b> tu plan de acción.</p> <p><b>Observa y monitoriza</b> el resultado real.</p> <p><b>Recompénsate</b> cada vez que hagas un esfuerzo, sobre todo si el problema ha sido resuelto.</p> <p><b>Vuelve</b> de nuevo a las actividades anteriores en el caso de que la solución no resulte satisfactoria</p>	
--	--	--	---	--

23 de octubre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
1º Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul>	Registro de pensamiento ACC	Reacciones internas personales ante un problema estresante:	Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.

<p>establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar la técnica de solución planificada de problemas (SPP) paso 3 y 4</p> <p>3° revisar cuestionario de MOS apoyo social percibido, con la intención de revisar la importancia del apoyo social.</p> <p>4° revisar el tema de discriminación con modelos ACC y DEPA.</p>	<p>Cambiar pautas de pensamiento negativo</p> <p>modelo ACC del pensamiento sano</p> <p>La forma en que uno piensa sobre una situación influye directamente en el propio estado emocional y afecta negativamente a la capacidad de comprometerse eficazmente en la solución planificada de problemas</p> <p>Emoción</p> <p>Pensamientos</p> <p>sentimientos</p>		<p>- Evento activador (A)</p> <p>- Lo que creo o me digo a mí mismo con respecto al evento (C)</p> <p>-Consecuencias emocionales (C)</p> <p>Para identificar si estamos teniendo un diálogo negativo con nosotros mismo tenemos los siguientes indicios:</p> <p>Indicios de diálogo negativo</p> <p>- Presencia de términos enjuiciadores como debería o tendría que (por ejemplo; debería contentar a todo el mundo)</p> <p>- Uso de expresiones catastróficas para cosas triviales (por ejemplo; nunca me querrá nadie)</p> <p>-Generalizaciones excesivas (por ejemplo; siempre me sale todo mal)</p> <p>-Creencias irracionales y comunes en la solución de problemas</p> <p>- La gente no suele tener problemas como los míos. Nadie tiene tantos problemas como yo para enfrentarse al estrés (a menos que sea</p>	<p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Poner en práctica el método DEPA.</p> <p>Poner en práctica el modelo ACC del cuantitativo pensamiento sano (Anexo N)</p> <p>Le dejo un libro y artículos que le puede ayudar más adelante si se anima a dar "tips" en el grupo de auto apoyo</p> <p>Trabajar con el punto la técnica de solución de problemas (todos los pasos)</p>
--	---	--	--	--



			<p>psicológicamente débiles claro...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Yo soy el único causante de todos mis problemas.</li> <li>- Es mejor evitar los problemas que tomar decisiones. La mayoría de los problemas desaparecen solos.</li> <li>- La primera solución que se te ocurre es la mejor. Siempre hay que moverse según nuestros instintos.</li> <li>- Existe una solución correcta y perfecta para la mayoría de los problemas. Solo tengo que encontrarla antes de tratar de hacer algo nuevo.</li> <li>- Solo puede ayudarme alguien que haya tenido exactamente el mismo problema que yo. Nadie más puede entenderme.</li> <li>- Las personas no cambian. ¡No pueden enseñarse nuevos trucos a un perro viejo! <b>Siempre</b> seré como ahora.</li> <li>- La persona normal y corriente <b>no puede</b> solucionar por su cuenta la mayoría de los problemas de la vida.</li> </ul> <p>Lo primero que tenemos que hacer es identificar el pensamiento negativo para cambiarlo o reformularlo.</p>	
--	--	--	--	--

			<p><b>REGISTRO DE PENSAMIENTO ACC</b></p> <p>Una vez identificados, podemos llevar a cabo algunas estrategias para cuestionar ese diálogo negativo y cambiarlo por otro más realista y positivo.</p> <p><b>Estrategias para cuestionar el diálogo negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Decir argumentos lógicos</li> <li>- Cambiar términos como debería o tendría que por otros como ¿por qué debería...?</li> <li>- Cuestionar las expresiones catastróficas y evaluar el daño real que provoca esa situación.</li> <li>- Poner en duda las generalizaciones excesivas (siempre, nunca, todo, nada)</li> </ul> <p>Usar afirmaciones positivas sobre uno mismo.</p> <p>A continuación, ejemplos de afirmaciones positivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¡Puedo solucionar este problema!</li> <li>• Estoy bien. Es normal sentirse triste en estas circunstancias.</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Aunque no pueda cambiar la dirección del viento, sí puedo orientar las velas en la dirección adecuada.</li><li>• No tengo que complacer a todo el mundo.</li></ul> <p>No tengo que complacer a todo el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Puedo reemplazar el miedo con confianza</li><li>• Está bien complacerme a mí mismo.</li><li>• Llegará un momento en que estos problemas acabarán.</li><li>• ¡Si lo intento, acabaré lográndolo!</li><li>• Si la necesito, puedo obtener ayuda de...</li><li>• Una vez que empiece será más fácil</li></ul> <p>Cuando seamos capaces de detectar esos pensamientos, los sustituiremos por otros más realistas centrándonos en los hechos reales y no en supuestos.</p>	
--	--	--	---	--


30 de octubre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1° Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar la terapia de solución de problemas (TSP) tomando como base las técnicas anteriormente aprendidas: relajación, reestructuración cognitiva y solución planificada de problemas</p> <p>4° revisar el cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>La terapia de solución de problemas (TSP) es una intervención psicológica cognitivo-conductual que pretende mejorar la capacidad de las personas para enfrentarse a estresores mayores (acontecimientos traumáticos, como perder el trabajo o la vivienda, este caso la pérdida de la salud) y menores (problemas cotidianos crónicos) y reducir los problemas de salud mental y física.</p> <p>Tiene en cuenta dos grandes dimensiones: Orientación al problema - Positiva: tendencia a considerar los problemas como retos, ser optimista, creer que los problemas pueden solucionarse, teniendo la sensación de poder enfrentarse a ellos, entender que la solución exitosa requiere tiempo y esfuerzo y considerar las emociones negativas como parte integral del proceso global de solución de problemas que pueden ser útiles para enfrentarse al estrés.</p>	<p>Proceso de resolución de problemas basado en el modelo de D Zurrilla et al, 2002 (Anexo K)</p>	<p>Los tres principales componentes de la TSP son (Nezu, Nezu y D`Zurilla, 2014): solución de problemas; entrenan la modificación de la naturaleza de la situación, reacciones y respuestas emocionales inadaptadas al problema.</p> <p>Problema: situación vital presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas a corto o largo plazo y que debido a la existencia de obstáculos o barreras la persona no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente, y solución; solución eficaz que cambia la situación para mejor y/o reduce el estrés que provoca, maximizando las consecuencias positivas y minimizando las negativas simultáneamente.</p> <p>Los objetivos concretos del tratamiento de la TSP son: - Aumentar la orientación positiva hacia los problemas.  - Reducir la orientación negativa hacia los problemas.</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Responder el cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP) (anexo Ñ)</p> <p>Contestar de nueva cuenta los cuestionarios aplicados en la fase A, con el objetivo de evaluar el cambio del paciente, que correspondería a la fase final (A)</p> <p>En la toma del medicamento</p> <p>Niveles de ansiedad</p> <p>Niveles de depresión</p> <p>Niveles de calidad de vida percibida</p>

	<p>- Negativa: tendencia a considerar los problemas como amenazas, creer que son irresolubles, cuestionar la propia capacidad de enfrentarse exitosamente a los problemas y sentirse especialmente frustrado y molesto cuando uno debe enfrentarse a problemas o emociones negativas. Estilo de solución de problemas</p> <p>- Evitativo: postergación, pasividad, inacción y dependencia de los demás. Suele eludir los problemas a enfrentar, soslayándolos siempre que puede, esperando a que se resuelvan solos y tratando de descargar en otros la responsabilidad de su solución.</p> <p>- Impulsivo: tentativa impulsiva o descuidada de solución de problemas. Intentos estrechos, precipitados o incompletos donde la persona sólo tiene en cuenta unas pocas alternativas de solución, llevando impulsivamente a cabo con frecuencia la primera idea que se le ocurre, completando muy rápida, descuidada y poco sistemáticamente las soluciones y consecuencias alternativa</p> <p>- Razonado: es constructivo, implica la aplicación racional y sistemática de habilidades concretas como son la definición del problema, generación de alternativas,</p>		<p>- Alentar la solución planificada de problemas.</p> <p>- Minimizar la evitación de problemas.</p> <p>- Minimizar la solución impulsiva de problemas.</p> <p>Por otro lado, los principales obstáculos que encontramos a la hora de alcanzar los objetivos son: sobrecarga cognitiva, pobre regulación emocional, procesamiento cognitivo sesgado, sentimientos de impotencia y planificación ineficaz de las habilidades de solución de problemas</p> <p>Es por ello por lo que se manejan las técnicas de relajación y reestructuración y solución de problemas como la base de la solución planificada de problemas.</p>	
--	---	--	---	--

	toma de decisiones e implementación y verificación de los resultados.			
--	---	--	--	--

6 de noviembre

Inicio de la sesión	Psicoeducación (explicación)	Material de apoyo	Descripción de actividades	Tareas
<p>1° Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p> <p>2° revisar la terapia de solución de problemas (TSP) tomando como base las técnicas anteriormente aprendidas: relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas</p> <p>4° revisar el cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP)</p> <p>5° revisar los cuestionarios aplicados en la fase A, con el objetivo de evaluar el cambio del paciente, que correspondería a la fase final (A)</p> <p>6° revisar la técnica de exposición en imaginación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>Recordando: la terapia de solución de problemas (TSP)</p> <p>Sus objetivos son:</p> <p>A. Adopción de una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida, en la que se entiendan los problemas como ocurrencias vitales normales</p> <p>B. Implantación eficaz de conductas concretas de solución de problemas, es decir, regulación y gestión emocional y solución planificada de problemas</p> <p>El modelo de TSP actual de Nezu, Nezu y D' Zurilla (2014).</p> <p>Las técnicas de exposición consisten en afrontar, de forma sistemática y deliberada, situaciones (p.ej., coger el metro, hablar en público, recibir críticas,</p>	 <p>Recuperada <a href="https://prezi.com/zm624yc_eyho/raza-etnia-y-discriminacion/">https://prezi.com/zm624yc_eyho/raza-etnia-y-discriminacion/</a></p>	<p>La exposición en imaginación consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívida posible que se están experimentando las situaciones y estímulos temidos. La exposición imaginal.</p> <p>El primer paso para aplicar la exposición en imaginación es evaluar si el cliente es capaz de imaginar clara y vívidamente las escenas y, en función de los resultados obtenidos, decidir si es necesario realizar un entrenamiento en imaginación. El procedimiento para evaluar la capacidad de imaginación es el siguiente: 1) explicar al cliente el objetivo de evaluar la capacidad de imaginación y, en caso necesario, de hacer un entrenamiento y el procedimiento que se va a utilizar; 2) preparar al cliente para la</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.</p> <p>Practicar la técnica de solución de problemas y exposición para solucionar situaciones estresantes.</p>

	<p>comer alimentos “prohibidos”, ver, tocar y oler la bebida alcohólica preferida) o estímulos internos (p.ej., sensación de desmayarse, miedo a tener una enfermedad, preocupaciones, obsesiones) que generan ansiedad u otras emociones negativas (asco, ira) y/o provocan el impulso de realizar una acción determinada (p.ej., lavarse las manos compulsivamente, vomitar, beber). La persona debe mantenerse en la situación o bien afrontar el estímulo interno hasta que la emoción o el impulso se reduzcan significativamente y/o hasta que compruebe que las consecuencias anticipadas no ocurren (Bados &amp; García, 2011)</p> <p>La técnica de exposición en imaginación. Implica imaginar que se están afrontando las situaciones problemáticas y/o que se experimentan los estímulos internos que generan ansiedad o disparan ciertos impulsos. Esto supone, recordar el entorno físico, las respuestas somáticas, las emociones, los pensamientos y las consecuencias temidas. La exposición en imaginación puede consistir, por ejemplo, en recordar con detalle una</p>		<p>presentación de la escena 3) presentar la escena, 4) continuar imaginándola durante unos 60 segundos, y 5) evaluar la calidad con que se ha imaginado la escena.</p> <p>- Preparar al cliente para la presentación de la escena. Para ello se le explica que: a) se sienta en el sillón de relajación, b) intente imaginar la escena lo más claramente posible y en detalle y que se implique en la misma intentando experimentar todas las sensaciones que el terapeuta le vaya describiendo, c) continúe imaginando la escena durante 60 segundos cuando el terapeuta termine de leerla, y d) cierre los ojos, se ponga cómodo e intente relajarse. Pueden darse algunas instrucciones breves de respiración y relajación para facilitar la concentración y la imaginación. El terapeuta debe sentarse a un lado del paciente y no demasiado cerca para no interferir en el proceso de imaginación.</p> <p>Presentación de la escena. Además del contenido visual, la escena debe incluir alguna otra modalidad sensorial</p>	
--	---	--	--	--

	<p>experiencia traumática, revivir una pesadilla o reproducir preocupaciones o pensamientos obsesivos.</p>		<p>(audición, tacto, olfato, gusto, sensaciones propioceptivas e interoceptivas)</p> <p>ción de la calidad con la que ginado la escena. Cuando el termina la imaginación se le an preguntas del tipo: ¿me describir con detalle todo lo imaginado?, ¿puede rme las sensaciones que ha ?, ¿ha conseguido visualizar pres?, ¿los imaginaba con d?, ¿ha tenido la sensación er la boca seca?, ¿ha notado ación de frescor?, ¿con qué dad?, ¿ha imaginado otros s importantes no onados en la descripción?, hido alguna dificultad no tada hasta el momento?, nalmente, se le pide que de 0 a 8 la vivacidad y no con que ha imaginado la a.</p>	
--	--	--	--	--

13 de noviembre

<b>Inicio de la sesión</b>	<b>Psicoeducación (explicación)</b>	<b>Material de apoyo</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Tareas</b>
<p>1º Indagar como se ha sentido, como le ha ido con el auto registro (toma de medicamentos y el patrón de sueño y el registro de solución de problemas) y establecer un rapport para iniciar la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Intención</li> <li>➤ Finalidad</li> <li>➤ Beneficios</li> </ul> <p>solución de problemas; entrenan la modificación de la naturaleza de la situación, reacciones y respuestas emocionales inadaptadas al problema,</p>	<p>Graficas de resultados cuantitativos de los cuestionarios para la fase final</p>	<p>La exposición en imaginación consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívida posible que se están experimentando las situaciones y estímulos</p>	<p>Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.</p> <p>Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir</p>



<p>2°Revisar y observar cómo va con las técnicas, mostrar los resultados cuantitativos de los cuestionarios para la fase final</p>	<p>problema; situación vital presente o anticipada que requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas a corto o largo plazo y que debido a la existencia de obstáculos o barreras la persona no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente, y solución; solución eficaz que cambia la situación para mejor y/o reduce el estrés que provoca, maximizando las consecuencias positivas y minimizando las negativas simultáneamente</p>		<p>temidos. La exposición imaginal.</p>	<p>y registrar las horas de sueño.</p> <p>Practicar la técnica de solución de problemas</p>
--	---	--	---	---

## Elementos significativos en el proceso de cambio individual

Tomando en cuenta el diseño del proceso terapéutico (A-B-A) que se empleó en el presente trabajo y que se asignaron etapas en este apartado se describe la etapa B y A analizando el proceso de cambio del paciente.

En este caso es importante señalar que las etapas B y A corresponden a:

- Periodos de aplicación de técnicas de modificación de conducta (intervención)
- Periodos de inclusión de nuevos tratamientos o técnicas modificadas.
- Periodos de observación (seguimiento y evaluación)

Para cada una de las sesiones se estableció trabajar de la siguiente manera:

- a) Se comenzó a trabajar en las metas de conducta más simples para el paciente, a partir de sus propias habilidades, motivaciones y debilidades.
- b) Cada sesión, inicio por un recuento de sus situaciones más relevantes para después abordar el proceso de cambio o modificación de conducta.
- c) El proceso de modificación de conducta inicio con psicoeducación; que implico que cada problema tratado, fuera explicado desde una noción psicológica en forma simple.
- d) Durante las sesiones se enseñaron diversas técnicas explicándolas de tal forma que el paciente no tuviera dudas de su aplicación y de lo que podía lograr a través de ellas.
- e) En cada sesión, se tomó nota del resultado.
- f) En todas las sesiones se dejó tareas tanto a nivel de acciones durante la semana como tareas “de escritorio” que el paciente podía hacer en sus tiempos libres. Dichas tareas se asignaron por escrito, con el objetivo de generar una sensación de compromiso y facilitar la adhesión al tratamiento; las tareas estuvieron orientadas a la reflexión, análisis y/o cuestionamientos sobre el tema abordado.

Por cada sesión, se construyó un archivo digital en el cual se consideraron los elementos siguientes:

- a) Resumen de la sesión. Donde se integraron las notas en una forma entendible.

- b) Cierre de sesión. Se expresaron las formas en la que culminó la sesión en términos con el paciente.
- c) Tareas. Se describe qué tareas se dejaron a fin de revisarlas de inmediato en la siguiente sesión.
- d) Objetivos para la siguiente sesión. Se enlistaron los elementos a tratar en la próxima sesión.
- e) Impresiones personales. Se redactó todo lo que se consideró parte importante de lo observado (comunicación verbal y no verbal)

### **Proceso de cambio en términos cualitativos**

Es así como se integran las sesiones de la fase 2 y 3 (B y A, respetivamente) del proceso psicoterapéutico a continuación, se describe cada sesión en términos cualitativos.

#### **a) Resumen de la sesión. Miércoles 11 de septiembre**

Jesús sic. Pac “estoy estresado y ansioso” ya que estos últimos días no ha podido dormir bien por lo cual se decide iniciar con la explicación de lo que es el estrés y ansiedad y cómo puede afectarle.

Se da la explicación de las técnicas de relajación y la importancia que tendrían para ayudarlo a controlar su estrés y esto impactará de manera importante en otras áreas como por ejemplo dormir o poder tener un mejor control de la toma de su medicamento o en su defecto desarrollar una mejor adherencia al tratamiento ya que al momento de tomar el medicamento refiere estrés y ansiedad.

En este sentido se le explica en qué consiste la técnica de respiración profunda por medio de algunas imágenes y con ayuda de un gif en el cual es un dibujo con movimiento durante algunos segundos se va poniendo de color azul e indica que inhales y finalmente se va poniendo de otro color para que exhales, esto es lo que más le ayudó a Jesús, se le hizo muy práctico, porque inclusive la imagen la puede traer en su celular y ocuparla en el momento que la necesite.

Se practicó la respiración alrededor de media hora en posición sedente y en decúbito supino.

Se revisó la técnica de relajación progresiva, sin embargo, le gustó más la de respiración por ser más práctica. 4 días después de la sesión se comunicó diciendo que a pesar de que con la respiración al principio podía dormir estos últimos días no lo había podido hacer, se le recomendó entonces implementar la relajación progresiva y comentó que tampoco, en la siguiente sesión hablaría de esta parte para poder mejorar la técnica o buscar una alternativa a la cual pudiera ayudarle sobre todo a poder dormir ya que es algo que en un principio había logrado sentirse tranquilo al poder lograr un avance.

### **Cierre de sesión.**

Al finalizar y Jesús menciona: “estoy tranquilo y en paz gracias a todo esto” sic. Pac. y que creía que era capaz de hacer los ejercicios de respiración en casa, a lo cual se le pregunto ¿en casa en qué momento lo aplicarías?

Sic. Pac por ahora antes de dormir y durante la toma del medicamento antirretroviral.

Otro tema que surgió casi al final de la sesión al estar practicando los ejercicios de respiración fue ¿qué por qué le tuvo que pasar esto a él (contagiarse de VIH)? Quedamos en hablar en la siguiente sesión de este tema, pero que por esta sesión tenía que ponerse como meta lograr relajarse y distinguir la diferencia entre un estado de estrés y ansiedad a uno relajado en lo físico, cognitivo y conductual (que hago, que pienso, que le pasa a mi cuerpo)

### **Tareas.**

- Continuar con la práctica de los ejercicios de respiración revisar el siguiente video para continuar en caso de dudas ver: Elimina Ansiedad, Nervios y Estrés (Ejercicio de Respiración) [https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj_M)
- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.
- Realizar ejercicios de respiración antes de dormir y registrar las horas de sueño. (se manda formato para auto registro de patrón de sueño).

- Se le pide ver un video ¿Qué nos hace resilientes? Con Feggy Ostrosky Martha Debayle. <https://www.youtube.com/watch?v=fz918lSo7fA> que piense sobre el tema y que pueda generar una opinión propia y que lo abordaremos la siguiente sesión, para abordar la pregunta que hizo ¿qué por qué le tuvo que pasar esto a él (contagiarse de VIH)?

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

- ✓ Revisar cómo ha practicado los ejercicios de respiración para poder relajarse, revisar alguna variable que le ayude.
- ✓ Se abordará el tema de ser resiliente
- ✓ Se revisará la técnica reestructuración cognitiva

### **Impresiones personales.**

Durante la sesión Jesús se abrió más al referir como se siente y que piensa sus respuestas son las completas que al principio donde solo refería sí o no, sus respuestas eran muy cerradas ahora ya menciona como se siente, que ha hecho y como se siente de salud (físicamente), que ha pensado y como le ha ido con su familia, cómo va la adherencia al tratamiento, se observa más tranquilo y con más confianza hacia mí, menciona situaciones estresantes como es la toma de medicamento y la idea que no lo deja “por qué le paso esto a él” .

Tomando en cuenta que Jesús tiene ideas muy fijas respecto al porque está enfermo (“es mi culpa”) y esto termina en un estado de estrés y ansiedad lo que a lo largo del tiempo le ha generado junto con su diagnóstico médico ser seropositivo, un cuadro de depresión se trabajará la técnica de reestructuración cognitiva para ello primero revisare junto con él tema de ser resiliente, incluso considero que las estrategias de reestructuración cognitiva las puede aplicar para otros escenarios que representan un problema para Jesús como el pensar que será discriminado en la escuela y en trabajo por ser seropositivo.

Debemos trabajar con tareas sencillas pero que muestren un avance que el paciente pueda notar y que sean de beneficio para él, en cada sesión se reforzarán técnicas de relajación ya que de acuerdo con Badenes (2017) tienen el objetivo

desarrollar la capacidad de distanciarnos de nuestras propias experiencias, para prestar atención detallada a los pensamientos y sensaciones que surgen, pero tratando de separarse de ellos para darnos cuenta de que no somos nuestros pensamientos y nuestras emociones y no tienen por qué determinar nuestra conducta en un sentido concreto.

### **b) Resumen de la sesión. Miércoles 18 de septiembre**

En esta sesión Jesús llegó y comentó que se sentía un poco frustrado ya que el avance que había tenido parece que se había detenido el avance en cuestión de la relajación que le ayudaba a dormir y con esto en el día sentirse un poco más tranquilo menos estresado a de acuerdo esto indagamos en que podíamos tener una variante para el ejercicio de respiración o inclusive modificarlo, él comentó que sí podría ser algún ejercicio físico pero debido al tratamiento antirretroviral y su estado de salud comentó que no se le hacía tan viable de acuerdo a esto se decidió buscar algunos ejercicios que le ayudarían en la relajación pero que no demandarían un esfuerzo físico (mayor), se encontraron unos ejercicios que consisten en mejorar la circulación sanguínea uno de ellos es acostarse con los pies levantados e iniciar con la respiración de ahí son estiramientos basados en el ejercicio o en la disciplina del yoga, los estiramientos a pesar de no demandar mucho esfuerzo físico si demandan en la parte de la circulación sanguínea que se redirige hacia las partes más distales como son las piernas y las manos, esto ayuda a mejorar la circulación, frecuencia cardiaca y la respiratoria, lo practicamos y comento que si tenía que ver también con sacar energía podía hacer otros ejercicios básicos pero que le ayudaran, quedo en intentar usar la elíptica. Como sabía de sesiones anteriores Jesús es una persona deportista así que le comenté que porque no retomar algo de esto quedo en pensarlo pero que a veces se siente mal de ánimo para retomar parte de lo que hacía anteriormente, pero tal vez haga algo.

En esta sesión comenzamos a hablar sobre el vídeo ¿Qué nos hace resilientes? Jesús me comento que a partir del vídeo él consideraba que antes de su diagnóstico como seropositivo era una persona resiliente pero que a partir del diagnóstico considera que perdió estabilidad ya que anteriormente se considera una persona optimista y que le veía el lado bueno a las cosas o trataba de ver el vaso medio lleno,

pero a partir de su diagnóstico esto cambió ya que todo lo que pasa o todo lo que ocurre lo considera negativo en su vida en este momento cuando él empieza a decir que a partir del diagnóstico cambio todo comienza a llorar de manera profusa (dejo que lo haga y le comento que continuamos cuando él se sienta listo) poco después refiere que su forma de ser había cambiado y que le impedía tal vez seguir un tratamiento, continuar con su vida, seguir con la escuela o el trabajo, al ocurrir esto comento que no sabía porque se estaba poniendo así de emocional que no entendía, así que le comente que conversáramos sobre esta última parte “de sentirse emocional” se habló sobre lo que eran las emociones y que si él sabía distinguir qué emociones tenía; mencionó que culpa, remordimiento, preocupación, miedo, enojo y que consideraba que esas emociones le impedían ser una persona resiliente y qué es porque él mismo tiene la culpa de estar enfermo que todo que pasa ahora es por su irresponsabilidad.

A partir de sus respuestas se decidió iniciar con la técnica de reestructuración cognitiva en este caso se le explicó en que consiste esta técnica y se le mostró un cuadro con un ejemplo, Jesús se siente bien al ver el cuadro ya que le ayudó a identificar lo que había ocurrido (cuando se puso a llorar) al verse menos fuerte, se le hacía un muy buen ejercicio para entender realmente lo que estaba ocurriendo.

### **Cierre de sesión.**

Se terminó con los ejercicios de respiración y la variante de los estiramientos en base a la disciplina del yoga y se finalizó con la reestructuración cognitiva manejando un cuadro (con un ejemplo) el cual resultó importante para entender sus emociones y pensamientos.

Acordó practicar los ejercicios de respiración y apoyarse de una lectura de Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. Sánchez. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/26036>

### **Tareas.**

Tomando en cuenta que Jesús tiene una fuertes sentimientos y pensamientos de culpa hacia él por ser seropositivo, por no cuidarse por no ser precavido ahora está enfermo, él repite mucho durante la sesión que es su responsabilidad estar enfermo que es su culpa y que no debería recibir ayuda, se le pidió que hiciera un vídeo de sí mismo o grabando un audio donde él comentará esta parte de cómo se siente, qué es lo que piensa, qué hace respecto al diagnóstico, ya que de acuerdo con Badenes (2017) visualizar vídeos o escuchar audios de tu voz pueden ser formas útiles de ayudarte a asumir la perspectiva de un observador desapegado.

Se le entrega un autoregistro de reestructuración cognitiva (registro de pensamientos)

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Se revisará el ejercicio de respiración y cómo va, como lo está aplicando en que momentos y como lo hace sentir (que siento, que hago que el pasa a mi cuerpo), se revisará el vídeo o audio que Jesús haya hecho y a partir de ahí se generará un ejercicio de reestructuración cognitiva para lo cual primero se necesita que el paciente esté tranquilo y relajado.

### **Impresiones personales.**

En esta sesión Jesús se vio más vulnerable e inclusive lloro lo cual me hizo pensar que además de tener más confianza estamos tocando temas que hacen que exprese su sentir, pensar y actuar, “no me había puesto a llorar” sic. Pac cuando se tranquilizó un poco dijo perdón que vas a pensar de mí, a lo que le comete que no debe pedir perdón que es natural y está bien y que como profesional jamás juzgaría mal una situación por el contrario únicamente ayudarle a identificar qué es lo que está sintiendo y cómo pueden manejarlo para que él tenga una buena calidad de vida y lograr sus metas conductuales.

### **c) Resumen de la sesión. Miércoles 25 de septiembre.**

Jesús lleo muy entusiasmando me comento que decidió grabar un audio que grabarse le dio pena, pero que el audio si lo hizo con el celular y que ahora que



proseguía, le comete que lo íbamos a escuchar cuando te ves en ese caso te escuchas a ti mismo, lo haces desde fuera.

Le pedí que se escuchara sin evaluar, contemplando sus pensamientos, sentimientos y actuaciones desde la distancia, como si esa persona no fuera él, que tratase de observarse sin valoración alguna, aceptando cualquier acción que anteriormente pudiera haberlo hecho sentir mal, culpable, avergonzado o cualquier otro sentimiento y pensamiento.

Al escuchar su audio se rio, de pronto lloro (muy poco), hizo expresiones como ese soy yo en eso momento le pause y le dije que no, que recordara que “esa persona no era él”, continuamos hasta que finalizo su grabación (alrededor de 55 minutos ya que había pausas prolongadas), él estaba rojo y sonriendo me vio y rio, después se tomó un momento y observe que estaba respirando como lo habíamos practicado, le pregunte qué opinión tienes como un espectador externo, sic. Pac pobre Jesús, pero pues ya le paso ya está hecho ahora vamos a ver que sigue, no es fácil y yo lo sé, pues debería ser más resiliente Jesús deberá aprender a serlo porque no puede seguir con pausa en su vida, pero esto le estreso ya que comento como voy a arreglar todo.

Se le pidió que como había escuchado Jesús tenía varias ideas las cuales podíamos manejar con la técnica de reestructuración cognitiva y comento que de hecho ya había puesto algunas en sus autoregistros y mostró una de “sentirse culpable”, comento que el ejercicio le ayuda a tener diferentes perspectivas y no ser tan cerrado, pero eso le cuesta demasiado “cambiar el chip no es sencillo” sic. Pac porque de repente lo cambias y de repente regresa tus ideas y se te plantan.

### **Cierre de sesión.**

Jesús se ve tranquilo, calmado de hecho al revisar los auto registros de toma de medicamentos a mejorado un poco la adherencia de 2 veces a la semana que teníamos semanas anteriores ahora son 4 incluso 6 tomas, la semana pasada, se le preguntó qué porque creía que había mejorado y dijo que porque estaba listo a pesar “de sus ideas locas” sic. Pac y que además Matiz su hermana se sentía bien porque lo veía haciendo “cambios” (ejercicios de respiración, posiciones de yoga), mencionó

que quería salir con ella a una tipo velada en bicicleta, si el médico le decía que sí, tal vez si se anime a salir.

### **Tareas.**

- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.
- Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.
- Responder el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990)

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Revisar su autoregistro de reestructuración cognitiva (cabe señalar que Jesús lo llena cada que tiene un pensamiento que lo lleve a estresarse además decidió que lo hace después de la respiración porque está más tranquilo, por ahora manejo "culpa", me van a rechazar por seropositivo, ya que durante el día son los que llegan a estar como pensamiento constante)

Revisar el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990)

Iniciar con la técnica de solución planificada de problemas (SPP) que implica varios pasos o actividades que sirven como guía para ayudar a las personas a abordar los problemas de manera deliberada, razonada y sistemática y les proporcionan un medio poderoso para alcanzar sus objetivos (Rojas, 2010). Se iniciará el SPP tomando en cuenta que hay avances con las técnicas de relajación progresiva y reestructuración cognitiva y que estas ayudan con el objetivo de SPP.

### **Impresiones personales.**

Se ven avances en Jesús, ha aprendido a relajarse de estar de un estado de tensión y malestar ahora con la respiración puede concentrarse mejor ya que se siente tranquilo, mi cabeza esta menos llena de cosas o por lo menos las veo desde fuera eso me permite evaluar que existen opciones, desenrollar los problemas, es decir,

entender que tienen una solución, sic. Pac el tema de la resiliencia parece que le ayudo ya que es algo que menciona que necesita, casi al final de la sesión recibió un mensaje y eso o hizo estar ansioso, miraba su reloj, se le cuestionó si tenía prisa o tenía algo que hacer y dijo que no solo que su ex le mando un mensaje y eso pensó que ya no iba a pasar, porque habían quedado en ya no hablar, pero la idea de que lo busque está bien, refiere que incluso él a veces piensa en regresar con ella, incluso al final de la sesión dijo que si ya habíamos terminado le gustaría saber mi opinión o consejo del hecho de regresar con su ex, le comente que como habíamos revisado eso depende mucho de lo que el piense, los beneficios o costes para él.

#### **d) Resumen de la sesión. Miércoles 2 de octubre de 2019.**

A pesar de que se habían reflejado avances en cuestión de relajación y manejo de estrés (signos físicos) hoy Jesús se ve inquieto y dice que se siente estresado porque no sabe qué hacer, si regresar con su ex novia o no, la sesión estuvo girando en este tema, mencionó que si podíamos hablar de ello, comentó que no sabía si la quiere o solo es por estar con alguien, o si es porque sabe que no puede tener otra pareja por ser seropositivo y total ella ya lo es por lo menos, así no estaría solo, hace un recuento de que “pues con ella había sido feliz” sic. Pac no siempre pero que tenían una relación estable, pero que si regresaba con ella su hermana se iba a enojar y su papá hasta lo iba a correr, pero que no quiere estar solo, se percibía estresado y angustiado, así que le dije que porque no hacíamos lo que se había aprendido y que nos centráramos en este momento en relajarnos y no dejar que las ideas, emociones y sentimientos nos hagan perder la estabilidad, que como habíamos revisado los problemas se pueden ver por partes o como él mismo había dicho podía desarrollarlos y con eso buscar una solución.

#### **Cierre de sesión.**

Jesús se relajó al hablar todo lo que sentía respecto al tema que le estresaba “su exnovia” y todos los pensamientos y emociones que tenía respecto del tema.

Se comentó la lectura “Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales” casi al final, pero dijo que puede retomar ideas de ahí para poder controlar la situación, considero que eso es un avance.

### **Tareas.**

- Llenar su auto registro de reestructuración cognitiva de las ideas que tenía sobre su exnovia desde la perspectiva que se ha revisado (A-B-C)
- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

- Revisar las respuestas del Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D’Zurilla y Nezu, 1990).
- Hacer una revisión de los autoregistros y ver cómo va el avance del patrón del sueño y la adherencia al tratamiento.
- Iniciar con la técnica de solución de problemas

### **Impresiones personales.**

A pesar de no seguir con el plan se consideró que fue bueno para Jesús sacar las ideas, pensamientos, emociones y sentimientos, se vio más relajado incluso comenzó a proponer ideas para solucionar todo lo que estaba pasando respecto de su idea de regresar con su exnovia, consideró que es algo bueno que él pueda expresar sus ideas sin miedo a ser criticado esto le ayuda a analizar lo que pasa desde las perspectivas que se han revisado en la técnica de reestructuración cognitiva y desde un estado de relajación, considero que si pone en práctica las técnicas aprende a auto vigilarse con ello autorregularse y con eso considero que tiene un avance.

Al revisar el Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI, D’Zurilla y Nezu, 1990), en algunos de los ítems, comenzó a poner frases como “ahora lo hago” “trabajo en ello” o “ahora”, lo que se consideró como un progreso, se comienza a ver que los problemas que se le presentan tiene soluciones y que él mismo las puede plantear, puede implementar técnicas de relajación y que es capaz de auto vigilarse

y autorregularse, incluso los últimos días ha presentado una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral a pesar de sentirse estresado por tema de su novia.

### **Resumen de la sesión. 9 de octubre de 2019**

Al preguntarle a Jesús cómo se siente, indicó que ha estado bien que había analizado las cosas con calma y que ahora podía ver las cosas “frías” sic. Pac, con ayuda del formato autoregistro de pensamiento, comento que primero se puso en un modo relajado para después pensar con calma sobre el tema que le estresaba su “exnovia”, le comenté que para ayudarse podía hacer una lista para que analizara la mejor decisión de un lado colocar quien es su pareja ideal y del otro la real esta actividad la deje de tarea y que la íbamos a revisar la siguiente sesión.

Se revisó la técnica de solución de problemas se llama método D.E.PA, Jesús tiende a visualizar rápidamente los peores escenarios ante lo que le pasa y aunque ahora aprendió a que es un hecho que no siempre va a ocurrir, necesitábamos un método que lo haga poner en práctica todas las ideas para solucionar el problema, pero analizando bien cuál será su decisión.

En esta sesión con Jesús logró trabajar con la técnica de solución de problemas, específicamente el paso 1 y 2, para ello se revisaron las respuestas del Cuestionario de solución de problemas sociales

- 1) Definir el problema y establecer objetivos realistas (tema tratamiento antirretroviral y exnovia)
- 2) Generar soluciones alternativas para resolver el problema (ahora es capaz de imaginar soluciones hay que buscar que sean más realistas y las pueda aplicar a corto mediano y largo plazo dependiendo de sus habilidades personales, sociales y físicas)

### **Cierre de sesión.**

Jesús tiene avances ya que ahora al tener un problema piensa en su solución no se cierra a pensar que todo es malo “todo tiene solución”. Se trabaja bien con

el método D.E.PA. y dice que es práctico en situaciones que a veces requieren una respuesta rápida, con la práctica podrá hacerlo y afinarlo.

#### **Tareas.**

- Jesús no ha procurado apoyo social salvo su hermana Matiz debido a eso decidí dejarle que contestara el cuestionario de MOS apoyo social
- Lista de pareja ideal vs pareja real.

#### **Objetivos para la siguiente sesión.**

- Trabajar con los pasos de SPP (Paso 3. Decidir qué ideas son las mejores. Paso 4. Llevar a la práctica la solución y ver si funciona)
- Revisar la lista de pareja ideal vs pareja real
- Revisar el cuestionario MOS y hablar sobre la importancia del apoyo social en personas que viven con una enfermedad crónica.

#### **Impresiones personales.**

En este momento todo va bien con Jesús cada día está trabajando más con su adherencia apoyado de las técnicas aprendidas sobre todo la relajación para antes de la toma del medicamento y dormir, refiere que ha decidido que todo tiene una solución y no puede dejar más tiempo su vida en pausa.

Parece que gusta aprender nuevas técnicas como el DEPA, esta semana va a tomar clases en línea y si puede va a regresar la siguiente a la universidad, ahora le preocupa los efectos secundarios del medicamento ya al estarlo tomando de manera adecuada los medicamentos han presentado sus efectos secundarios efecto normal es un periodo que incluso puede durar 6 meses, pero esto depende de cada paciente.

#### **Resumen de la sesión. 16 de octubre de 2019.**

Jesús parece avanzar y que pone en práctica lo que aprende en terapia (relajación y solución de problemas), se nota más tranquilo respecto a los temas que se han abordado como el tratamiento (meta conductual), además que esta semana se abordó el MOS “el apoyo social” Jesús indica que no lo ha necesitado hasta ahora que sabe que tiene a su hermana y papás y eso es suficiente se le recomiendan algunos artículos y se menciona la importancia de dicho apoyo, decidió que tal vez

por amigos no pero si un “grupo de autoapoyo” en la clínica que lo atienden por VIH ya que ahí puede ser que tenga más confianza ya que “todos son iguales”, respecto el tema de la ex novia refiere que la mensajea pero solo quiere que sean amigos de acuerdo a lo que ha examinado en su tabla de pareja ideal contra la real.

Se revisó además el paso 3 y 4 de la técnica de solución de problemas

### **Cierre de sesión.**

Queda en ir a grupos de auto apoyo para personas con VIH, como conclusión del tema de apoyo social.

Trabajar en su adherencia como hasta ahora y trabajar con los efectos secundarios (la relajación le puede a controlar los efectos secundarios)

### **Tareas.**

- Dado que ha tenido avance respecto a la adherencia al tratamiento le dejo contestar el cuestionario de Morisky-Green
- Continuar con sus auto registros de toma de medicamentos y ejercicios de relajación
- Leer un artículo sobre “apoyo social” Vilató, Martín y Pérez. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida.
- Generar una opinión sobre el tema
- Jesús tiene ideas sobre lo mal que le puede ir cuando la gente sepa que está enfermo teme que lo discriminen así que le invita a revisar la página de infoSIDA <https://www.infosida.es/vivir-con-vih> y que genere una opinión respecto a los temas y la página de consejo nacional para la prevención de la discriminación (CONAPRED) <https://www.conapred.org.mx/index.php>
- Las páginas las revisará con la intención de abordar un cambio en las pautas de pensamiento negativo con el modelo ACC del pensamiento sano.

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Trabajar para afinar la técnica de solución planificada de problemas (SPP) con temas de discriminación.

### **Impresiones personales.**

En esta semana está retomando sus estudio en línea y espera sentirse mejor a fin de mes para regresar a la escuela, pone en práctica lo que aprende, solo que a veces sus respuestas ante lo que paso son muy negativas, pero es capaz de analizarlas y responde que “bueno hay más que lo negativo solo que no lo encuentro todavía”, respecto a la exnovia dice que solo son amigos pero es algo que por ahora no quiere saber hasta que se sienta mejor y más preparado para enfrentar el tema, algo importante, planea ir a un grupo de auto apoyo a su clínica donde lo atienden, al comentarle la importancia del apoyo social

### **Resumen de la sesión. 23 de octubre de 2019**

Se revisó el cuestionario de Morisky-Green con la intención de que Jesús visualizara el cambio y que ahora de acuerdo con sus autoregistros y respuestas es un paciente adherente aquí existe otro dato importante Jesús de acuerdo con sus exámenes de CD4 (células que ataca el virus) es indetectable lo que quiere decir que las copias virus están en muy poca cantidad.

Se revisaron temas de discriminación para usar el modelo ACC del pensamiento sano, logrando avances teniendo en claro que es la discriminación y que no solo él la puede sufrir pero que tiene elementos para enfrentarla.

### **Cierre de sesión.**

Jesús fue a grupo de auto apoyo para personas con VIH y dice que no participó, solo escuchó pero que le gusto la experiencia incluso piensa que el posee ciertas herramientas como por ejemplo técnicas de relajación o modelo ACC y DEPA que a lo mejor les puede enseñar ya que ve a las personas desorientadas

### **Tareas.**



- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.
- Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.
- Poner en práctica el método DEPA
- Poner en práctica el modelo ACC del pensamiento sano
- Responder el cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP).
- Se le recomienda un libro y artículos que le puede ayudar más adelante se anima a dar “tips” en el grupo de auto apoyo para personas VIH positivo.

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Trabajar DEPA y modelo ACC como base de la SPP

### **Impresiones personales.**

Jesús tiene mucha seguridad en sí mismo, el hecho de ser indetectable le hace sentir mejor y ayuda a su adherencia, el problema de los efectos secundarios lo abordado con la relajación e ir al grupo de auto ayuda parece que le inspira a conocer más sobre técnicas de cómo enfrentar la experiencia de vivir con VIH.

Ha adquirido diversas herramientas a lo largo de la terapia, las cuales le han ayudado a cumplir con las metas conductuales del tratamiento (adherencia, pensamientos de culpa, recuperar vida y apoyo social)

### **Resumen de la sesión. 30 de octubre de 2019.**

Durante la sesión Jesús se muestra más confiado, feliz, regreso a la escuela (2 materias) y toma otras 2 en línea “estoy feliz hoy me siento más pleno he aprendido que todo es como se supone que es o más bien como yo pienso que es” sic. Pac.

Está asistiendo al grupo de auto apoyo para personas con VIH y menciona que esta semana quiere participar enseñándoles técnicas de respiración para que se relajen y puedan dormir mejor, así como hablar con ellos del tema de la resiliencia.

“estoy muy animado a lo mejor no es mucho, pero es una forma de contribuir a que alguien se sienta mejor con lo que tú me enseñaste”.

Se abordó la terapia de solución de problemas con los elementos de técnicas a que ya maneja, como técnicas de respiración, reestructuración cognitiva, DEPA, ACC, y solución de problemas planificada en esta ocasión integre las técnicas para explicarle como se abordaba la terapia de solución de problemas explicando sus objetivos y porque habíamos manejado las otras técnicas hasta integrarlas en esta, Jesús es una persona que le gusta aprender y comprender el porqué de situaciones es por ello que se siente satisfecho al observar la integración de las técnicas “lo veo más claro” sic. Pac.

### **Cierre de sesión.**

“Soy capaz de hacerlo: integrar todo el aprendizaje de las técnicas ya solucioné con tu apoyo lo del tratamiento y lo de Andy” sic. Pac. Jesús aprende rápido y le gusta integrar las técnicas realizando un buen trabajo terapéutico.

### **Tareas.**

- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.
- Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.
- Responder el cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP) (anexo Ñ)
- Contestar de nueva cuenta los cuestionarios aplicados en la fase A, con el objetivo de evaluar el cambio del paciente, que correspondería a la fase final (A)
- En la toma del medicamento
- Niveles de ansiedad
- Niveles de depresión
- Niveles de calidad de vida percibida

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

- Revisar los cuestionarios de postratamiento
- Revisar la técnica de exposición en imaginación

### **Impresiones personales.**

Algo importante es que Jesús refiere que le da un poco de miedo “o sea ya me dejas, no qué tal si ya no puedo o se me olvida algo o pasa algo” sic. Pac esto referente a la cuestión de que empezamos a cumplir con las metas que nos habíamos propuesto al inicio, “como sé que estoy listo” sic. Pac. Se realizó un recuento de lo que aprendido y los resultados ser adherente al tratamiento, haber regresado a la escuela, el manejo y disminución de los pensamientos de culpa por ser VIH positivo, “soy grande la verdad no pensé reiniciar tan rápido mi vida hace 4 meses no lo hubiera pensado, más bien pensaba cosas que no, pero debes soltarme ¿no?” sic. Pac tomando en cuenta la preocupación que expreso Jesús al pedirle que contestara de nuevo los instrumentos para la fase final que es evaluación nuevamente, se pretende incluir la imaginación guiada sobre todo en situaciones que el expresa que le estresan (discriminación, que tenga desapegó al tratamiento nuevamente).

### **Resumen de la sesión. 6 de noviembre de 2019**

En esta sesión se entendió la preocupación de Jesús “saber si estaba listo para poder continuar solo con solo seguimiento y ya no técnicas psicológicas nuevas” sic. Pac por lo cual se revisó la técnica de exposición en imaginación consiste en imaginar de forma deliberada, sistemática y lo más vívida posible que se están experimentando las situaciones y estímulos temidos se realizaron algunas situaciones que le estresaban como la discriminación por ser VIH positivo, ser poco adherente se evaluó que Jesús puede emplear reestructuración cognitiva y relajación para hacer frente a la situación, además que noto sus avanzases con datos cuantitativos lo cual tradujo como satisfacción de la terapia de acuerdo a lo revisado en el cuestionario de evaluación de la TSP.

### **Cierre de sesión.**

Jesús puede solucionar la situación que se le prestan y que considera estresantes como la discriminación o el olvido del medicamento que le lleva a la no adherencia al

tratamiento “agradezco tu trabajo, tu paciencia y tu profesionalismo y que me enseñaste a no juzgar” sic. Pac.

### **Tareas.**

- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.
- Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.
- Practicar la técnica de solución de problemas y exposición para solucionar situaciones estresantes.

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Seguimiento

### **Impresiones personales.**

A pesar del “estrés” de Jesús por saber si está listo, se notó confiado y algo que me gustó como profesional es que se muestra muy agradecido y es capaz de emplear las técnicas e incluso enseñarlas a alguien más (grupo de auto apoyo).

### **Resumen de la sesión. 13 de noviembre de 2019**

Se está con fase final (A) en la cual se evalúa y se observa los cambios del paciente por lo cual en esta sesión me dedique a revisar los avances cualitativos y cualitativos del proceso terapéutico

### **Cierre de sesión.**

Jesús está feliz y confiado a mostrado sus diarios conductuales los avances, así como sus cuestionarios revisado el antes y ahora por lo cual se siente satisfecho.

### **Tareas.**

- Continuar con el auto registro del medicamento y practicar el ejercicio de respiración antes y después de tomarlo.

- Realizar el ejercicio de respiración con su variable antes de dormir y registrar las horas de sueño.
- Practicar la técnica de solución de problemas e imaginación guiada, dando seguimiento a cada una de las técnicas para sus metas conductuales.

### **Objetivos para la siguiente sesión.**

Seguimiento

### **Impresiones personales.**

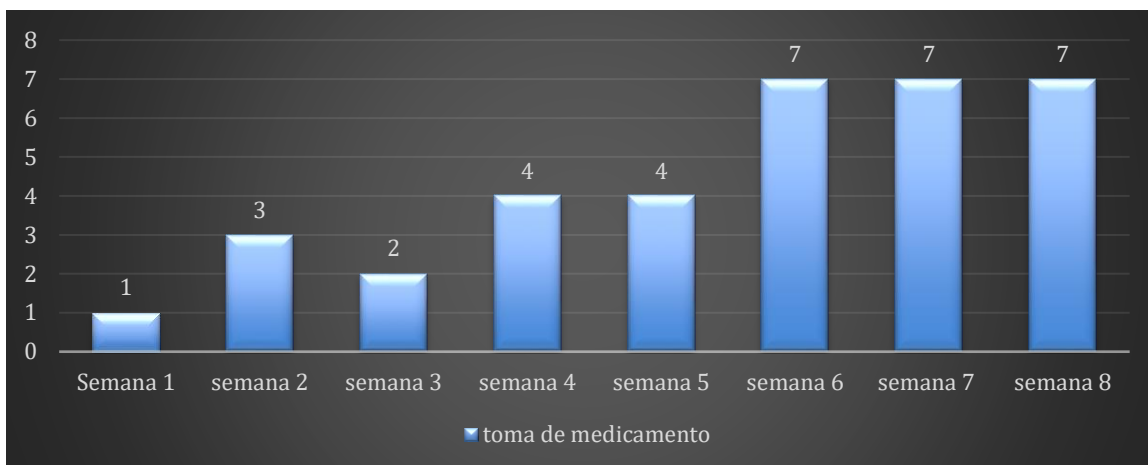
Jesús ha logrado avances revisando su cuestionario de satisfacción solo pone que tal vez podría ser más largo el proceso terapéutico pero que tiene herramientas para llevar emplear ante un problema. En cuestión de evaluación de seguimiento como se ha hecho antes, durante y postratamiento, Jesús a cumplido con sus auto informes con lo cual se comprobado que si se mantenía los cambios logrados.

### **Proceso de cambio en términos cuantitativos**

A continuación, se describen los cambios de paciente en términos cuantitativos, para lo cual se empleó estadística descriptiva con el objetivo de obtener, organizar, presentar y describir los datos para facilitar su uso e interpretación, es así como se sumaron las tomas de medicamento de cada semana, los pensamientos de culpa por tomar el medicamento antirretroviral y los malestares físicos que son parte de las metas conductuales. Los datos se recabaron durante 8 semanas que corresponden a la fase de intervención.

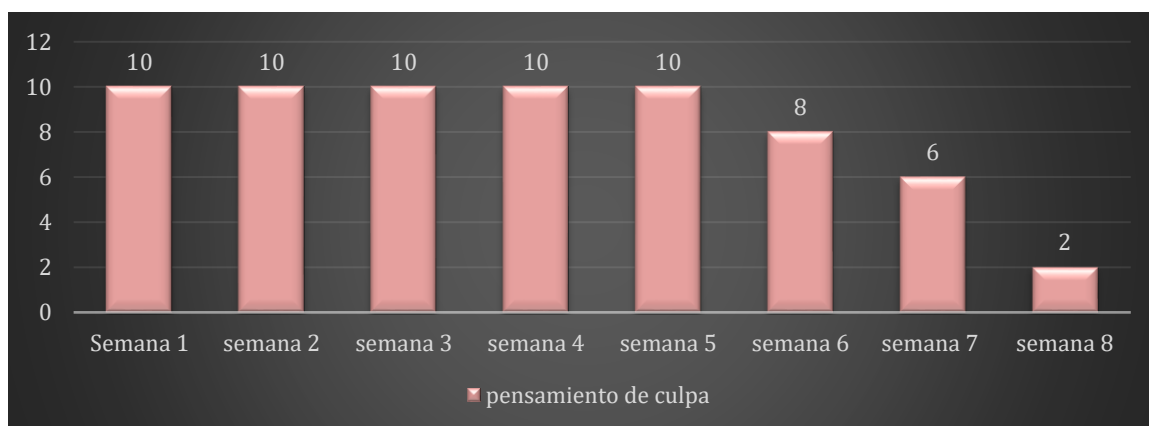
En la figura 7, se puede observar cómo se fue dando el cambio del paciente en la fase de intervención que corresponde a 8 semanas (septiembre y octubre respectivamente), como se observa en las primeras semanas se muestra poca adherencia al tratamiento en este caso en lo referente a la toma de la pastilla ya que de acuerdo con la prescripción médica debe tomarse 1-0-0, es decir una pastilla diario por la mañana, que serían 7 tomas a la semana, es así que en las primeas semanas 1-3 se aprecia una escasa toma, para la semanas 4 y 5 comienzan a un cambio para

finalmente en la 6, 7 y 8 se muestra un cambio significado logrando ser adherente al tratamiento en lo que respecta de la toma de medicamento antirretroviral.



*Figura 7. Toma de medicamento antirretroviral*

En la figura 8, se puede observar que el pensamiento de culpa por la toma de medicamento se mantuvo hasta la semana 5 de intervención para las ultimas semanas fue disminuyendo, a pesar de existir un cambio positivo y se observa que ese pensamiento va disminuyendo, sin embargo, no se logra suprimir por completo.



*Figura 8. Pensamiento de culpa al tomar el tratamiento antirretroviral*

En la figura 9. Se muestra el malestar físico que causa el tratamiento antirretroviral, en este caso con forme avanzaron las semanas fue más evidente el malestar físico ya que este se relaciona con los efectos secundarios del tratamiento, que son normales y que no interfirieron de manera negativa en la toma del medicamento.

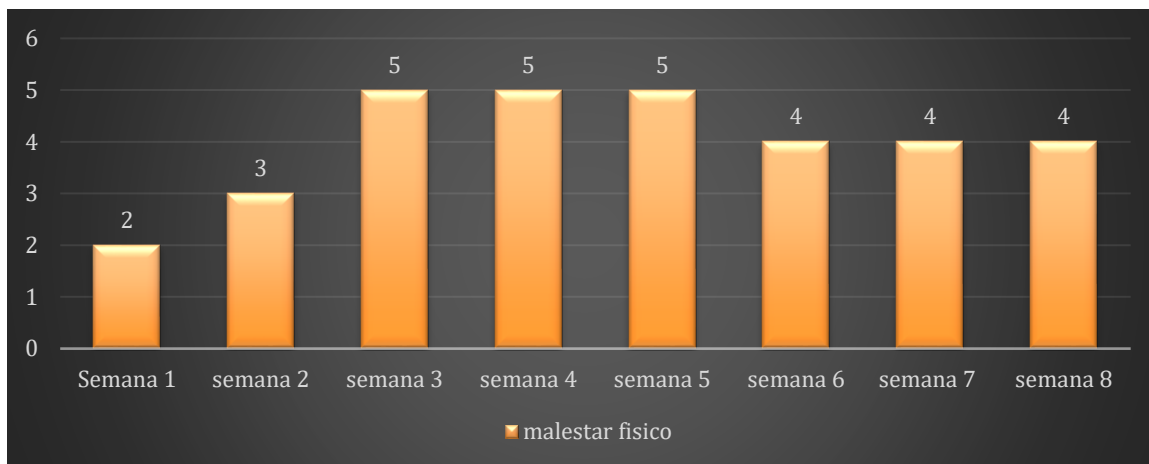


Figura 9. malestar físico al tomar el tratamiento antirretroviral

En figura 10, se observa un concentrado de la adherencia al tratamiento antirretroviral, el pensamiento de culpa y el malestar físico. Como se aprecia va en aumento la adherencia al tratamiento antirretroviral y el malestar físico como parte del efecto secundario del tratamiento y el pensamiento de culpa parece mantenerse, pero va disminuyendo de manera significativa.

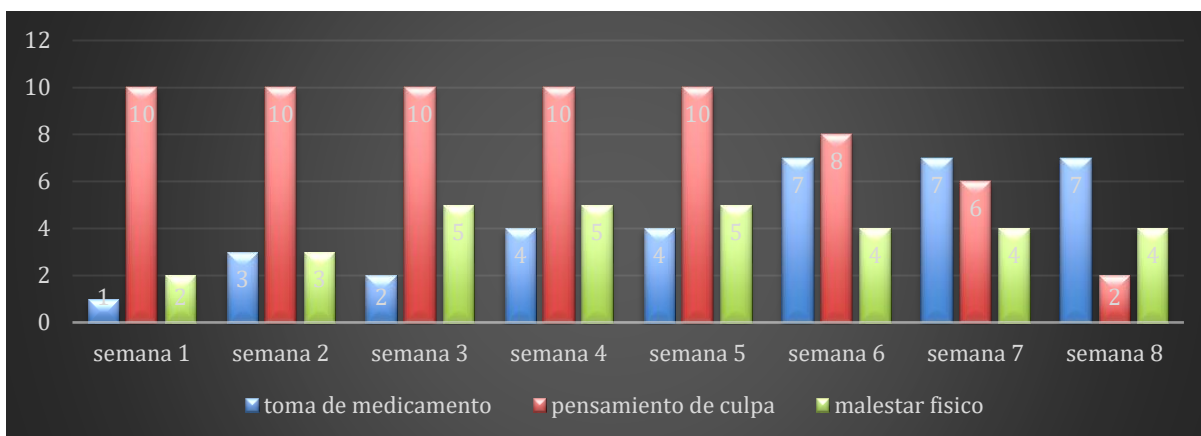


Figura 10. Proceso de cambio terapéutico

En la figura 11, observamos el cambio significativo la calificación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, en el pretratamiento tenía una calificación de 53 puntos lo que indicaba una ansiedad severa y su calificación post tratamiento es de 21 que indica

ansiedad muy baja, se considera este cambio se debe a que el paciente aprendió técnicas de relajación y de reestructuración cognitiva.



Figura 11. Puntuación de BAI

En la figura 12, se observa un cambio significativo en el pretratamiento tenía una puntuación de 80 lo que indicaba que el paciente se encontraba severamente deprimido, para el post tratamiento tiene una puntuación de 45 que indica un rango normal, se considera que este cambio se debe principalmente a la técnica de solución de problemas sumando a relajación complementarias a las de reestructuración cognitiva.

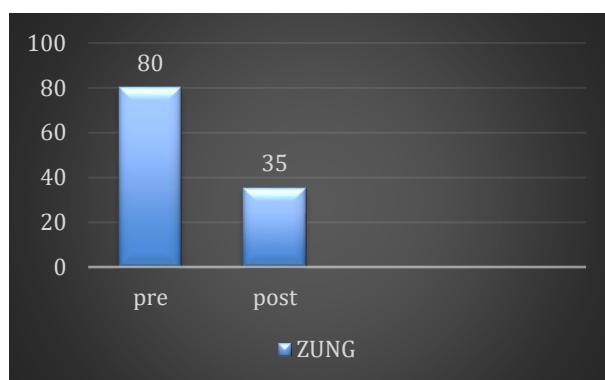
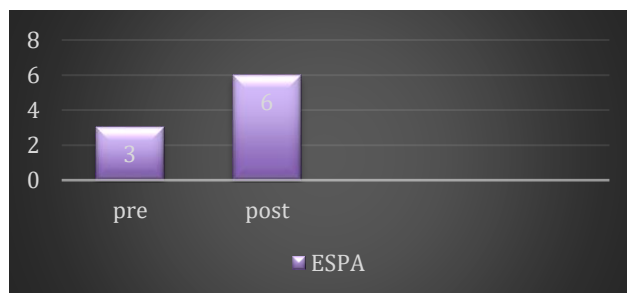


Figura 12. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

En la figura 13, se observa el cambio significativo respecto a la adherencia que cabe señalar que era la principal meta conductual establecida en la fase inicial, como se aprecia en el pretratamiento tenía una calificación de 3 lo que indicaba que no era adherente para la evaluación post tratamiento encontramos que tiene una calificación de 6 lo que indica que es adherente. Se considera que este cambio fue gradual y se dio gracias a las técnicas empleadas relajación, reestructuración cognitiva y la técnica



de solución de problemas en ese orden ya que las primeras dos sirvieron de base para la técnica de solución de problemas.



*Figura 13. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral*

En la figura 14, se muestra el perfil de calidad de vida percibida por el paciente siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada; por cual como se aprecia en el pretratamiento el paciente tenía una percepción de vida y de salud baja en el post tratamiento incremento, así como cada una de las dimensiones evaluadas teniendo que para seguridad y tratamiento en el pretratamiento tenía 17 puntos y para el postratamiento aumento con 33 puntos, en el dominio de energía y disposición en el pretratamiento tenía 10 puntos y para el postratamiento tiene 23, en el dominio de satisfacción en el pretratamiento tenía 13 y en el postratamiento alcanza una calificación de 31 puntos. Cabe señalar que se obtiene el perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida, por lo que se concluye que al alcanzar mayor puntuación y de acuerdo con su comunicación verbal y no verbal el paciente mejoro su calidad de vida percibida, se considera este cambio se debe principalmente a la técnica de reestructuración cognitiva.

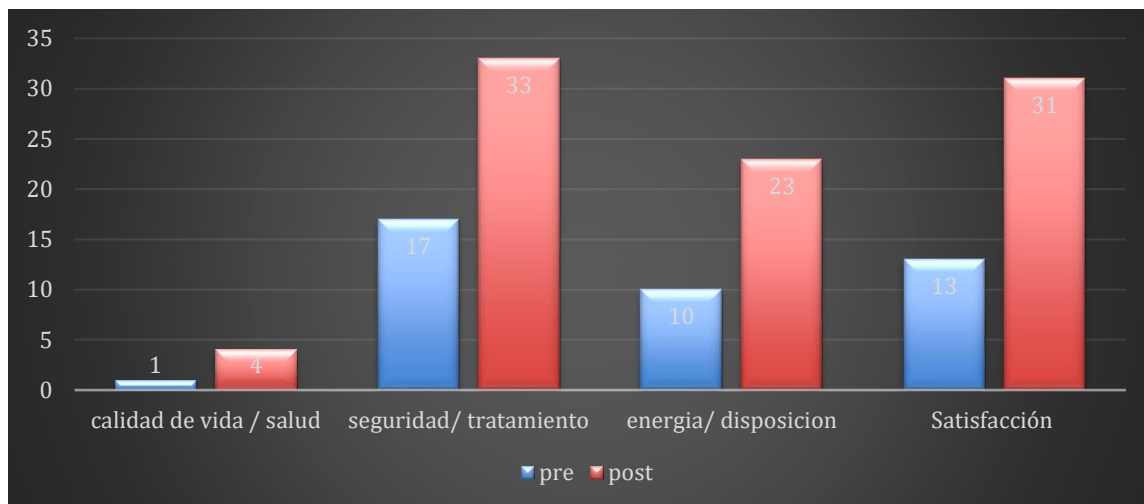


Figura 14. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

## Discusión

De acuerdo con los resultados tanto cualitativos como cuantitativos se puede asegurar que el trabajo del psicólogo a través del proceso psicoterapéutico puede ayudar al paciente a enfrentar los desafíos por los que atraviesa a causa de la infección por VIH.

Uno de los principales desafíos es el referente a la correcta adherencia al tratamiento antirretroviral, como se apreció en los resultados cuantitativos (ver figura 7. Toma de medicamento antirretroviral y figura 13. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia) existe un cambio positivo ya que al inicio de la intervención se muestra poca adherencia conforme pasan las semanas aumenta y finalmente se logra una adecuada adherencia, lo cual concuerda con lo referido por Ballester (2003) quien afirma que tras la intervención psicoterapéutica se observan cambios positivos y significativos en el grado de adhesión al tratamiento de los pacientes. Se considera que al lograr la adherencia se cumple con una de las metas conductuales planeadas en la fase de inicio de la intervención.

De acuerdo con Ballester (2003) tras la intervención psicoterapéutica se observan cambios en la disminución de variables clínicas relevantes como la ansiedad, la depresión o la autoestima y otras como el grado de hipocondría de los pacientes, su perturbación afectiva y su irritabilidad, lo que concuerda con el cambio de Jesús donde de tener una depresión severa pasa a un rango normal en la escala de depresión de

Zung (ver figura 12. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung), se considera que este cambio se debe principalmente a la técnica de reestructuración cognitiva en combinación con las técnicas de relajación.

Otra de las metas conductuales fue cambiar los pensamientos de culpa al tomar medicamento y por ser VIH positivo de acuerdo con los resultados (ver figura 8. Pensamiento de culpa al tomar el tratamiento antirretroviral) existe un cambio positivo y se observa que esos pensamientos van disminuyendo, sin embargo, no se logran suprimir por completo. El cambio que se logró se considera que fue gracias a las técnicas de solución planificada de problemas y reestructuración cognitiva, por lo cual se puede aseverar que existen técnicas de intervención psicoterapéutica que ayudan al paciente a reducir su ansiedad, su malestar emocional, su sensación de indefensión y la percepción de falta de control (Kelly & Murphy, 1992).

En un programa de intervención grupal cognitivo-conductual realizado por Ballesteer (2003) que se dirigió a la mejora de la calidad de vida del enfermo, incluyendo su estado emocional, sus respuestas de afrontamiento, sus relaciones sociales y su autoestima reportó una mejoría estadísticamente significativa en el grado de interferencia que la enfermedad suponía para los pacientes, concretamente en el ámbito familiar, social, laboral y en el general, esto concuerda con los resultados presentados del presente trabajo (ver figura 14. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF), el paciente mejoro su calidad de vida y de salud percibida, se considera este cambio principal este a la técnica de reestructuración cognitiva.

El paciente logro investigar y analizar más sobre su enfermedad y las formas de afrontamiento aprendiendo diversas técnicas especialmente en este punto la reestructuración cognitiva y solución de problemas planificada que le ayudaron a entender el proceso del VIH como enfermedad crónica, por lo cual se asegura que a través de la atención psicoterapéutica los pacientes incrementan de forma significativa su grado de información acerca de la enfermedad, lo cual puede facilitar un adecuado afrontamiento de la enfermedad (Villa & Vinaccia, 2006).

Considero que el auto informe como bien menciona Haubrich et al. (1999) constituye un buen predictor de la eficacia del tratamiento farmacológico, ya que es una herramienta en la cual el paciente desarrolla autoeficacia del tratamiento por

medio de la autorregulación al pasar las semanas Jesús podía observar y registrar el cambio positivo (el incremento de la conducta: adherencia al tratamiento antirretroviral), el registrar sus avances y logros le motivaba para continuar y no dar marcha atrás con los logros alcanzados y a su vez proponerse nuevos cambios (regreso a la escuela y comenzar a socializar).

En cuanto al cuestionario de satisfacción administrado proporciono información sobre el agrado y la opinión del paciente en el proceso terapéutico. A lo cual el paciente refirió que la temporalidad y estructuración de las sesiones de tratamiento como la impartición de este, han sido adecuadas y que las herramientas aprendidas les resultan de gran utilidad, en especial las técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, aunadas a lo que se denominó psicoeducación. Como propuestas de mejora para futuras intervenciones, señala que tal vez lo más sesiones sería adecuado además de tener un espacio propio, señalando así que el tratamiento ha sido muy completo. Esto es importante tenerlo en cuenta, en especial tener un espacio propio pero dadas las circunstancias (ser estudiante) ese punto se puede mejorar. El paciente recomienda el tratamiento psicoterapéutico a otras personas puesto que para él ha sido una forma de aumentar su motivación hacia la consecución de objetivos, sentirse mejor consigo mismos, más relajado y con mucho mas conocimiento de la enfermedad y herramientas para enfrentar las situaciones que pueden presentarse por ser VIH positivo “todo tiene una solución solo dame tiempo para buscarla, recuerdas es imposible pensar si se está mal y estresado” sic. Pac.

## Conclusión

### Competencias desarrolladas a lo largo de la actividad de servicio

A lo largo de mi preparación académica a través del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) adquirí conocimientos teóricos y prácticos sobre evaluación, investigación, intervención, prevención y educación; en su conjunto me han permitido realizar un proceso terapéutico a un paciente con VIH desde la perspectiva cognitivo conductual, lo cual implicó:

- a) En un primer plano entablar el primer contacto con el paciente, a fin de poder conocer su situación y sus problemas.
- b) La obtención de la información relevante a la problemática presentada a través de técnicas de evaluación conductual y tradicional.
- c) La identificación y definición de las diferentes variables que inciden en el problema psicológico.
- d) El análisis de la interrelación funcional de las diversas variables presentes en el problema, así como sus posibles soluciones.
- e) La elaboración de diseños de intervención tomando en cuenta el ambiente del sujeto (social y físico) y las posibles alternativas de cambio.
- f) La implementación de los procedimientos de cambio, es decir, los instrumentos de evaluación adecuados al problema que especifiquen metas de tratamiento en términos conductuales en conjunto con el usuario, especificación de los criterios de cambio, descripción y secuencia adecuada de los procedimientos, para analizar los resultados obtenidos mediante evaluaciones hechas antes, durante y después de aplicados los procedimientos.
- g) Todo lo anterior manejado siempre bajo la más estricta ética profesional por lo cual mi trabajo fue guiado por el código ético del psicólogo.

Si analizamos el perfil de egreso de la Licenciatura en Psicología del SUAYED encontramos que cuenta con competencias globales como son:

- ✓ Competencias teóricas – conceptuales
- ✓ Competencias metodológicas
- ✓ Competencias de aplicación de conocimiento

- ✓ Competencias integrativas
- ✓ Competencias contextuales
- ✓ Competencias valorales
- ✓ Competencias éticas

Además, se señala que el egresado podrá realizar funciones profesionales básicas como profesional en psicología, como es:

- ✓ Diagnóstico y evaluación
- ✓ Tratamiento e intervención
- ✓ Evaluación de resultados
- ✓ Funciones predictivas
- ✓ Planeación, prevención y promoción
- ✓ Investigación
- ✓ Docencia y supervisión
- ✓ Servicio
- ✓ Consejería, asesoría, consulta y enlace
- ✓ Dirección, administración y gestión

Considero que se cumple el objetivo de SUAyED el cual enuncia que el plan es formar psicólogos altamente capacitados, a través de una formación sólida en los saberes propios de la disciplina, a través de medios innovadores, en sus aspectos teóricos, metodológicos y aplicados, asevero que se cumple ya que he sido capaz de establecer un contacto con el usuario, elaborar la valoración y evaluación de los datos (quejas y demandas) del paciente, analizar dichos datos para establecer un diagnóstico y metas conductuales (en conjunto con el paciente), con la intención de elaborar una intervención, para finalmente hacer una evaluación del proceso terapéutico implementado, logrando así una intervención que generó cambios observables (medibles) y positivos en el paciente.

### **Consideraciones éticas**

La psicología clínica como ciencia trabaja en muchas ocasiones con la modificación de la conducta lo que implica conocer los hábitos de una persona, sus problemas, su entorno, sus creencias, esto genera una de las principales situaciones relacionadas con problemas éticos generados en las prácticas cotidianas del psicólogo el “tema de la confidencialidad” hasta donde se puede mantener el secreto profesional sin que se haga daño a la persona y que su vez que esta no se sienta “traicionada” en este sentido considero que para guiarnos como profesionales se requiere de un código de ética en nuestro caso como en el de cualquier otro profesional, la ética que es entendida como una rama de la filosofía que califica a la moral y esta última como los actos humanos, en este sentido el trabajo del psicólogo debe basarse en el “Código Ético del Psicólogo” cualquier práctica profesional debe realizarse bajo dicho código, ya que este define las normas éticas que regulan las actividades de sus practicantes, con el fin de asegurar que los conocimientos propios de la disciplina sean aplicados por profesionales calificados, competentes y responsables humana y socialmente y de esta manera, preservar el bienestar del individuo, de la sociedad y de su entorno (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002).

Así como el código de ética nos brinda normas para la práctica profesional también debemos tomar en cuenta nuestra propia moral y ser honestos cuando exista una situación profesional con la cual no podamos lidiar ya sea por alguna situación personal o que el caso clínico rebase nuestros conocimientos y habilidades y ser capaces de referir al paciente, aquí me gustaría señalar que es importante trabajar de manera interdisciplinaria y multidisciplinaria y respetar el trabajo de cada profesional con el fin de apoyar y cuidar al paciente, de igual manera informarle desde el inicio en que el enfoque del tratamiento y el tiempo aproximando.

La ética del psicólogo puede resumirse dos grandes rubros: respeto hacia la persona que solicita el servicio y en la procuración de su bienestar emocional, al realizar una evaluación psicológica se refiere al respeto a la integridad de la persona que solicita el servicio psicológico, velar por su bienestar, no intervenir si no está en el ámbito de competencia del psicólogo, a quién hay que comunicar los resultados y en qué casos, considerar que las pruebas psicológicas son sólo instrumentos auxiliares, el derecho de los evaluados de conocer los resultados de la evaluación, utilizar sólo pruebas confiables y válidas. Al iniciar un proceso de evaluación

psicológica, siempre se debe contar con el consentimiento informado del usuario, explicarle porqué se le va a evaluar, cómo va a ser este proceso y pedirle su consentimiento para la aplicación de las diferentes pruebas, garantizándole la confidencialidad de la información proporcionada y obtenida y haciéndole saber que su información está segura.

En conclusión, todos los servicios, la enseñanza, y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación experiencia supervisada o profesional que haya recibido formalmente por lo cual debemos ser competentes y honestos.

### **Limitaciones de la práctica de servicio**

Considero que la principal limitación fue teórica y ocurrió en la fase de la evaluación psicológica que según Aragón (2004) es la disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de un sujeto a diferentes niveles de complejidad (motor, fisiológico, cognitivo), con distintos objetivos básicos y aplicados (detección, diagnóstico, etc.), a través de un proceso de toma de decisiones en el que se conjuntan, utilizan y aplican una serie instrumentos y técnicas de medida y/o evaluación, se caracteriza por ser un procedimiento multirasgo, (evalúa diferentes atributos de la persona); multimétodo, (utiliza más de un método de obtención de información) se trata así de un concepto típicamente multidimensional.

Retomando el proceso de evaluación donde se utilizan y aplican instrumentos, que de acuerdo con Anastasi (1977) constituyen una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta, realizan observaciones sobre una muestra pequeña, cuidadosamente escogida de la conducta y su valor predictivo o de diagnóstico depende del grado en que sirve como indicador de un área de la conducta relativamente amplia y significativa. Para mí fue limitante ya que al buscar los instrumentos adecuados para el caso clínico presentado me llamo la atención que la mayoría de ellos tienen mínimo 40 años de su elaboración, en este sentido considero importante que al evaluar variables psicológicas y sociales se necesita explicarlas al



paciente con el fin de realmente evaluar la conducta problema, sin embargo ahí es la paradoja que el paciente no responda lo que tú le estas explicando o que se deje influenciar por dicha explicación, pero que su respuesta sea la parte de la conducta que se pretende buscar para posteriormente analizar y operativizar, algo que me ayudo fue responder yo misma los cuestionarios para saber si se entendían y también calificarlos, es decir, estudiarlos muy bien con la intención de que al momento de la aplicación si había duda poder responderla.

En esta misma línea una de las ventajas de la evaluación conductual es que se basa en el método científico, por lo cual la observación es una de sus principales herramientas para el logro empírico de los objetivos, sin embargo, a pesar de basarse en el método científico al llevarse precisamente a la práctica, se tiene algunos obstáculos por ejemplo en la observación naturalista, no hay control sobre las variables lo que hace que existan sesgos en la información, en mi experiencia podemos definir operacionalmente la conducta a observar y las unidades conductuales que conforman la operativización, pero al estar en el contexto real esto puede variar y esas unidades que definimos no aparecer por alguna situación como por ejemplo la reactividad del paciente la presencia del psicólogo; planteo que parte de la solución a este obstáculo es precisamente la práctica, asegurarnos de conocer muy bien las unidades conductuales así como procurar ser un observador objetivo, un testigo ordinario, que debe proponerse no caer en juicios o prejuicios del fenómeno observado y así tratar de aumentar el índice de confiabilidad y validez de los instrumentos aplicados.

Como opinión personal considero importante que la evaluación conductual sea flexible a las variables ya que no podemos controlarlas, considero que esto ya se está haciendo ya que avanzamos a la evaluación de la conducta no solo desde el enfoque conductual sino desde la perspectiva cognitiva donde se incluye la cognición y pensamiento como parte de la evaluación, además de ser un proceso continuo que se lleva a cabo antes, durante y después del tratamiento incluyendo la relación con las situacionales biológicas, cognitivas, y ambientales, que se interpretan como una muestra y predice el establecimiento de las relaciones funcionales estímulo-respuesta; no debemos dejar a un lado que como observadores de la conducta

debemos ser flexibles y dinámicos, por lo cual el planteamiento de un problema (conductas problema) puede cambiar y debemos estar abiertos a ese cambio.

Como se aprecia a lo largo del presente trabajo la evaluación conductual es un proceso, que tiene una estructura sistemática, es decir, pasos a seguir, pero esto solo es la teoría ya que en la práctica de acuerdo con el caso revisado parece más estructura en espiral, ya que regresamos al paso anterior para poder continuar con el que sigue, considero que en todos los pasos del proceso psicoterapéutico y no solo de evaluación, se debe tener presente lo que desea el paciente, cuál es su queja o demanda, desde el análisis del motivo de consulta se comienzan a plantear conductas problema para cambiarlas a conductas de satisfacción y aquí lo importante del proceso de evaluación tener en cuenta en cada paso, cuáles son los deseos del paciente que es lo que quiere y de qué manera nosotros como psicólogos podemos ayudarle de manera profesional.

Tengo algunas conclusiones que expresare a continuación no solo del presente trabajo, sino mi perspectiva como futura profesional de la psicología específicamente me interesa especializarme en el área clínica.

Como profesionales es de vital importancia para el desarrollo de nuestro quehacer diario ser capaces de identificar y describir el proceso de la evaluación e intervención en este caso desde la perspectiva cognitivo-conductual, pero esto no es tarea fácil ya que por un lado debemos conocer sus bases teórico-metodológicas y como se aplican dentro del proceso, sin perder de vista que se trata de una práctica que se basa en el método científico por lo cual se trata de un proceso sistemático en la teoría, pero en la práctica de acuerdo con lo revisado en las diversas actividades, parece más estructura en espiral, ya que retomamos el paso anterior para poder continuar con el que sigue, lo considero así ya que desde el análisis del motivo de consulta se comienzan a plantear conductas problema para cambiarlas a conductas de satisfacción, y considero que aquí radica la importancia del proceso de evaluación “tener en cuenta en cada paso, cuáles son los deseos del paciente que es lo que quiere y de qué manera nosotros como psicólogos podemos ayudarle en forma profesional, desde la perspectiva de la empatía”.

En este sentido no perder de vista los deseos del paciente ayuda a elaborar un plan de intervención con aquellas conductas que se desean y se pueden cambiar, en este caso ya hablamos de manera operacional, es decir, las quejas o demandas del paciente ahora se traducen operacionalmente, considero que un buen terapeuta debe ser muy hábil y no solo tratar signos y síntomas sino la etiología y esto es posible solo con un buen proceso de evaluación, tomando en cuenta que cada paciente es único su ambiente es diferente por lo cual el resultado llega a cambiar, y es muy importante poder enfrentarse como terapeuta a los cambios del paciente, a que en la siguiente sesión además de los problemas con los que se ha trabajado, lleve nuevos y que los signos y conductas de estos sean diferentes a los que ya hemos trabajado, aquí radica la importancia de una escucha activa y empatía (habilidades que debe poseer un profesional), debemos elaborar una intervención junto con el paciente que aborde las relaciones funcionales entre los signos, síntomas, problemas y demandas del paciente, considero que no es nada fácil y que se construye a través de la práctica, dicha intervención se aborda por medio de un plan de tratamiento, que surge precisamente de la evaluación conductual, así como los elementos de la formulación clínica ya que de estos procedimientos surgen las quejas y demandas por las cuales el paciente busca apoyo profesional, es decir, le ayudamos a identificar, ordenar, sistematizar y enfrentar “el problema”, como profesionales ayudamos a ordenar datos e información, con técnicas como el análisis funcional, en un modelo de relaciones causales que se relacionan con el motivo de consulta por el cual un paciente decide buscar apoyo profesional, que a su vez, brinda las bases para establecer un programa de intervención con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

Considero que el proceso terapéutico es una labor de escuchar y observar pero desde la empatía, es decir, acompañar, apoyar y comprender que en esto consiste la ayuda que brindamos como profesionales, ya que conforme avancemos en la vida profesional se adquiere más habilidad para emitir una perspectiva tanto cognitiva como afectiva, respecto a la persona que nos expresa su estado emocional, pero este hecho “el que una persona te explique cómo se siente” es complejo podemos ser profesionales pero jamás dejamos de ser humanos, es decir, sentir lo que la otra persona siente y en mi pensar es parte de la clave para ser un buen profesional, equilibrar la parte humana con la ciencia y la profesión de esta manera la persona

(paciente) sentirá esa empatía y a su vez serán empáticos con nosotros, al poder confiar la situación que le está generando alguna dificultad.

Retomando el tema de la empatía, considero que es la base para la elaboración del proceso terapéutico, para poder realizar el proceso terapéutico me fue indispensable buscar, leer y analizar, diversas bibliografías, sin embargo, cada una era diferente a pesar de usar la perspectiva cognitivo conductual, cada caso que revise planteaba su hipótesis, por medio de la evolución conductual y la formulación clínica y veo que cada propuesta de tratamiento es diferente lo que nos indica que como profesionales abordamos al paciente como único, tratando de ayudar a trabajar con sus quejas y demandas, por medio de la escucha, observación activa, análisis e intervenciones; como profesionales trascendemos más allá, a partir de la información hacemos planes nuevos que se adapten al paciente, los signos y síntomas son de vital importancia, para no tratar a un paciente igual y jamás menos preciar sus problemas, creando la base para desarrollarme como profesional en el área clínica.

Finalmente me siento satisfecha con los resultados de mi trabajo tanto académico como profesional, no fue sencillo conjuntar toda mi preparación del SUAyED en un trabajo, era recordar, volver a analizar y leer para entender y ofrecer lo mejor de mí ya como profesional sin duda alguna lo que más me ayudó ha sido la autorregulación que adquirí a través de cursar los diferentes módulos que conforman esta hermosa carrera y su sistema, que sin duda me hacen sentir preparada para los futuros retos de mi vida profesional, personal y sin duda académica, ya que considero que esto es solo la base pero es sólida.

## Referencias

- Anastasi, A. (1977). Naturaleza y empleo de los tests psicológicos. En Garaigordobil. *Evaluación Psicológica. Bases teóricas y metodológicas, situación actual y directrices de futuro* (pp. 21-39). Salamanca: Amarú.
- Aragón, L. E. (2004). Fundamentos Psicométrico en la Evaluación Psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(4), 23-43. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Badenes, S. (2017). Terapia de Solución de Problemas (TSP) en personas afectadas por la crisis económica. (*Trabajo Fin de Máster en Psicología General Sanitaria*). Recuperado de [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173661/TFM\\_2017\\_Badenes%20Sastre\\_Marta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173661/TFM_2017_Badenes%20Sastre_Marta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bados y García. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados y García. (2011). TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Ballester. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), 53-69. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>
- Ballester. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-compartmental para mejorar la adhesión al tratamiento y el

estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523. Recuperado de <http://www.psychothema.com/pdf/1101.pdf>

Ballesteros, Novoa, Caycedo y Dennys. (2006). Análisis funcional de casos de conductas de juego en niños y jóvenes de Bogotá, Colombia. *ADICCIONES*, 18 (1). Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/357>

Belda, P. (2015). Sensibilización de la respuesta emocional y neuroendocrina al estrés: contribución de las características de los estímulos estresantes y mecanismos implicados. (*Tesis doctoral*). Recuperada de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/384230/xbp1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bestard, C., Marsillí, M., Muñoz, N., y Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1931/3753>

Bleger. (1985). La entrevista psicológica (su empleo en el diagnóstico y la investigación). *En temas de psicología (entrevista y grupos)* (pp.9-43). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Cardona, Medina, Milena y Orozco. (2016). Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. *Rev. Fac. Med.* 65 (3), 403-410. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.55535>

Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe. (2000). Los patrones, los correlatos y las barreras para la adherencia a la medicación entre las personas prescriben nuevos tratamientos para la enfermedad del VIH. *Psicología en salud*. 19 (2). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10762096>

CENSIDA. (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 2do. trimestre del 2019. Recuperado de

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN\\_2doTrim\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN_2doTrim_2019.pdf)

Cox, L. (2002). Social support, medication compliance and HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 35 (1.2), 425-460. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12365753>

D'Zurilla y Nezu. (1990). Cuestionario de solución de problemas sociales. Recuperado de <https://studylib.es/doc/4457720/cuestionario-de-soluci%C3%B3n-de-problemas-sociales--spsi--d%C2%B4z...>

Debayle. (2017, junio, 14). ¿Qué nos hace resilientes? Con Feggy Ostrosky | Martha Debayle. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=fz918lSo7fA>

El estrés y el VIH. (2010). Boletín de Tratamiento. Recuperado de <https://www.pwatoronto.org/spanish/pdfs/topic-stress+HIV.pdf>

Gómez y Pérez. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38, 3-4. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&tlng=es).

Haubrich, R., Little, S., Currier, J., Forthal, D., Kemper, C., Beall, G., Johnson, D., Dube, M., Hwang, J. y McCutchan, J. (1999). The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. *AIDS*, 13 (9), 1099-1107. Recuperado de <https://insights.ovid.com/crossref?an=00002030-199906180-00014>

Herbert, J. y Nelson-Gray, R. (1997). La autoobservación. En G. Buela y J. Sierra (dirs.). *Manual de evaluación psicológica*. Madrid: Siglo XXI.

INFOSIDA. (2019). VIH/SIDA: los fundamentos. Recuperado de <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/hiv-aids--the-basics>

- Kelly y Murphy. (1992). Intervenciones psicológicas con SIDA y VIH: prevención y tratamiento. *Revista de Psicología Clínica y Consultoría*, 60 (4), 576-585. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.4.576>
- Limaylla y Ramos. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación*, 19(2), 95-10. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>
- Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (4). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008)
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Nezu, A., Nezu, C. y D`Zurilla, T. (2014). *Terapia de Solución de Problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Nomen, Martín. (n.d.). *50 técnicas psicoterapéuticas*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/400511669/50-tecnicas-psicoterapeuticas-Leila-Nomen-Martin-pdf>
- Osorio. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración Académica en Psicología*. 5 (15). Recuperado de <https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>
- Phares, J. (1999). Evaluación Conductual (cap. 9). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Rivera, Corrales, Cáceres, Piña y Julio. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 25 (2), 135-140. Recuperado de [www.redalyc.org/pdf/785/78525204.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/785/78525204.pdf)



- Rodríguez, García y Cruz. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol. emocional. *Medisur*, 3 (3), 55-70. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Rojas. (2010). Solución de problemas: una estrategia para la evaluación del pensamiento creativo. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 11(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=410/41021794008>
- Sánchez. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2). Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/26036>
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). Código Ético. México, Trillas. Recuperado de [https://psicologia.iztacala.unam.mx/psi\\_bioetica\\_codigoeti.php](https://psicologia.iztacala.unam.mx/psi_bioetica_codigoeti.php)
- Suarez. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17 (1). Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010)
- Teva, Paz, Hernández y Buela. (2005). Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA. *Salud mental*, 28(5), 40-49. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252005000500040&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000500040&lng=es&tlng=es).
- Valera, Salazar y Correa. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA*, 11 (2), 101-113. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79811210>
- Vilató, Martín y Pérez. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4). Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005&lng=es&tlng=es).

Villa y Vinaccia. (2006). Adhesión terapéutica y variables asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y salud*, 16 (001). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>

WHOQOL Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2. 153-159. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)

Wu. (2019, marzo, 6). Elimina Ansiedad, Nervios y Estrés (Ejercicio de Respiración). Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=0wINyddmj_M)

# Anexos

## Anexo A. Formato de diario conductual

	Día 1 <u>Lunes 12</u>			Día 2 <u>Martes 13</u>			Día 3 <u>Miércoles 14</u>		
	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después
¿Qué pienso?	-estoy enfermo por mi culpa mi irresponsabilidad	-para que tomo las pastillas de todas maneras que caso tiene si no hago nada bueno y es mi culpa esta situación	-no importa que lo haga o no de todas maneras solo estoy aquí sin hacer nada para que me voy a sentir mejor	-me lo tomo o no	-Me estoy lastimando a mí mismo por no cuidarme pero que caso tiene esto	-ya no me lo puedo tomar ya paso la hora	-no tengo un motivo bueno para tomarlo	-no me tomo para que si no hago nada estar así es por mi irresponsabilidad	-Dije que me lo iba a tomar por que quiero que mi hermana vea que le echo ganas.
¿Qué hago?	-saco las pastillas las veo y las guardo de nuevo	-no las tomo y me pongo a hacer otra cosa	-vuelvo al cajón donde guardo las pastillitas y las veo, pero no me la tomo, tire dos pastillas	-Revisar que lo que debo de tomar	-no me las tomo	-me opongo a hacer otra cosa jugar	-Organizar todo ver que pastilla me toca y el horario	-no me la tomo	-Vigilar que Mimi mi hermana no revise las pastillas
¿Qué pasa con mi cuerpo?	-Se tensa mi cuerpo y empiezo a mover suavemente los dientes uno con otro, tengo náuseas, dolor de cuerpo	-Al principio sentir una sensación de relajación ya que el rechinar los dientes hace que el resto de mi cuerpo se relaje, pero me sudan las manos	-Dolor en la mandíbula y en los en los dientes -Se tensa todo el cuerpo por haber rechinado los dientes y sentir dolor, náuseas	-Me tensa. -Empiezo a mover los dientes uno con otros suavemente	-Siento que me estoy relajando, pero también que me empieza a dolor	-Dolor intenso en los dientes -Cansancio	-Dolor muscular de la tensión de la mandíbula.	-Tensión en la mandíbula y dolor	-Tensión en la mandíbula y dolor de dientes

	Día 4 <u>Jueves 15</u>			Día 5 <u>Viernes 16</u>			Día 6 <u>Sábado 17</u>		
	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después
¿Qué pienso?	-estoy enfermo	-para que tomo las pastillas	-estoy enfermo por mi culpa	-me lo tomo o no, estoy enfermo no se si voy a vivir mucho	-por mi culpa estoy enfermo, no debo tener sexo sin protección	-esta situación es mi culpa y ahora me voy a morir por idiota como dice mi papá	-me voy a tomar mis pastillas por que tengo que salir adelante	-voy a tomar la pastilla	-no me la hubiera tomado me hace sentir mal del estomago
¿Qué hago?	-saco las pastillas	-las veo, pero no me las tomo	-me voy a hacer otra cosa	-Revisar que lo que debo de tomar	-mi me las tomo	-me opongo a hacer otra cosa jugar	-ver que pastilla me toca y el horario	-no me la tomo	-voy tir algunas a la basura
¿Qué pasa con mi cuerpo?	-Se tensa mi cuerpo y empiezo rechino los dientes	-Al principio sentir una sensación de relajación ya que el rechinar los dientes hace que el resto de mi cuerpo se relaje, pero me sudan las manos	-Se tensa todo el cuerpo por haber rechinado los dientes y sentir dolor y me duele el cuerpo	-Me tensa, rechino los dientes	-Siento que me estoy relajando, pero también que me empieza a dolor	-Dolor intenso en los dientes -Cansancio	-Dolor muscular de la tensión de la mandíbula.	-Tensión en la mandíbula y dolor	-Tensión en la mandíbula y dolor de dientes

	Día 7 <u>Dom 18</u>		
	Antes	Durante	Después
¿Qué pienso?	-me siento mal	-debo tomar mis pastillas	-estoy enfermo por mi culpa
¿Qué hago?	-saco las pastillas	-las veo, me la tomo	-me recuesto
¿Qué pasa con mi cuerpo?	-Se tensa mi cuerpo y empiezo rechino los dientes	-mi estomago me duele me arde la pastilla me hace daño	-Se tensa todo el cuerpo tengo dolor, me mareo tengo náuseas

## Anexo B. Autoregistro

Conducta no tener adherencia al tratamiento antirretroviral (no tomar la pastilla)						
Día	¿Apareció?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo duro?	¿Estabas solo o acompañado?	¿Del 1 al 10 que tal intensa fue?	Observaciones
Agosto						
Lunes 19	SI	1	5min	solo	10	no tome las pastillas
Martes 20	SI	1	6 min	Hitzzy estaba	8	no me tome las pastillas
Miércoles 21	SI	2	30min	solo	9	tome 1 de dos pastillas ✓
Jueves 22	SI	1	10min	mi papá estaba en casa	10	no tome las pastillas
Viernes 23	SI	2	45min	solo	10	no me tome las pastillas
Sábado 24	SI	1	15min	solo	7	tome las pastillas (nauseas) ✓
Domingo 25	SI	2	30min	Hitzzy	9	tome las 2 pastillas ✓

Conducta no tener adherencia al tratamiento antirretroviral (no tomar la pastilla)						
Día	¿Apareció?	¿Cuántas veces?	¿Cuánto tiempo duro?	¿Estabas solo o acompañado?	¿Del 1 al 10 que tal intensa fue?	Observaciones
Agosto						
Lunes 26	SI	2	30 min	solo	9	no tome las pastillas
Martes 27	SI	1	15 min	solo	10	no tome pastillas
Miércoles 28	SI	2	40 min	Hitzzy	8	me tome las 2 pastillas ✓
Jueves 29	SI	1	40 min	solo	9	me tome las pastillas (vomito) ✓
Viernes 30	NO	0	0	familia	5	tome las pastillas (nauseas) ✓
Sábado 31	SI	2	20min	solo	10	no me tome las pastillas
Domingo 1	SI	2	40min	solo	10	no me tome las pastillas

Anexo C. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 + 10 + 42 = 53

Anexo D. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS)

#### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor marque (✓) la columna adecuada. Marque la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				<input checked="" type="checkbox"/>
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	<input checked="" type="checkbox"/>			
3. Siento ganas de llorar o lloré en silencio.				<input checked="" type="checkbox"/>
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				<input checked="" type="checkbox"/>
5. Como la misma cantidad de siempre.	<input checked="" type="checkbox"/>			
6. Todavía distingo el sexo.	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. He notado que estoy perdiendo peso.				<input checked="" type="checkbox"/>
8. Tengo problemas de estreñimiento.				<input checked="" type="checkbox"/>
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				<input checked="" type="checkbox"/>
10. Me canso sin razón alguna.				<input checked="" type="checkbox"/>
11. Mi mente está tan clara como siempre.	<input checked="" type="checkbox"/>			
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	<input checked="" type="checkbox"/>			
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				<input checked="" type="checkbox"/>
14. Siento esperanza en el futuro.	<input checked="" type="checkbox"/>			
15. Estoy más irritable de lo normal.				<input checked="" type="checkbox"/>
16. Me es fácil tomar decisiones.	<input checked="" type="checkbox"/>			
17. Siento que soy útil y me necesitan.				<input checked="" type="checkbox"/>
18. Mi vida es bastante plena.	<input checked="" type="checkbox"/>			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				<input checked="" type="checkbox"/>
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	<input checked="" type="checkbox"/>			

#### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W. W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún trastorno depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta breve que se auto-administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 ítems en la escala que indican las características más comunes de la depresión: el estado de ánimo, los sentimientos fisiológicos, ideas perturbadoras, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 21-49 rango normal
- 50-59 Levemente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.

1-4 negativo  
4-1 positivo

Anexo E. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral

Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antirretroviral

La ESPA parece un instrumento válido para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Debido a su comodidad, es posible considerarla como una herramienta adecuada para detectar a los pacientes no adherentes en la práctica clínica. Esta escala, que consta de 6 preguntas con respuesta dicotómica, ha sido validada respecto a los registros de dispensación en farmacia y presenta una sensibilidad, una especificidad y una eficiencia elevadas.

1. El paciente acude por su medicación de acuerdo a las citas programadas o de manera justificada
2. El paciente conoce cómo tomar sus medicamentos
3. El paciente conoce el nombre (marca comercial o principio activo) de los medicamentos que toma
4. El paciente toma sus medicamentos de forma adecuada respecto a los hábitos, la alimentación, etc.
5. Evolución clínica adecuada y valoración subjetiva buena
6. La cantidad de medicamento que el paciente conserva en su domicilio no supera la cantidad necesaria para 15 días de tratamiento

Cada respuesta positiva supone 1 punto y cada respuesta negativa 0 puntos. La ESPA en conjunto se puntúa entre 1 y 6. Si todas las preguntas son positivas (grado 6), se considera que el paciente no presenta problemas relacionados con la adherencia. El peor resultado posible (grado 1) se obtiene cuando las cuestiones 1 y 2, o ambas, son negativas, con independencia del resto. Además, con objeto de convertir los resultados de la ESPA en una variable dicotómica, se considera a los pacientes como adherentes cuando el grado es de 5 o 6, y no adherentes cuando el grado es inferior a 5.

1  
1  
0  
0  
0  
1 = 3 no adherente

Anexo F. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: H Hombre Mujer  
 ¿Cuándo nació? Día 26 Mes April Año 1998  
 ¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios trunca  
 ¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Separado/a Casado/a  
 Divorciado/a En pareja Viudo/a  
 ¿En la actualidad, está enfermo/a? Si No  
 Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? VIH (+) Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lee la pregunta, rotula tus sentimientos y hace un círculo en el número de la escala que, represente mejor su opinión de respuesta.

1	¿Cómo satisficte su calidad de vida?	Muy mala	Baja	Normal	Bastante buena	Muy buena
		1	2	3	4	5

2	¿Cómo de satisficte/a está con su salud?	Muy insatisficte/a	Un poco insatisficte/a	La normal	Bastante satisficte/a	Muy satisficte/a
		1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que las experiencias dadas hechas en las dos últimas semanas.

3	¿Puede que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	Nada	Un poco	La normal	Bastante	Extremadamente
		1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un medicamento médico para funcionar en su día a día?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Puede que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de satisficte/a es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

baja

Las siguientes preguntas hacen referencia a el nivel de satisfacción o al grado de haber estado satisfecho en los días últimos semana, y en sus meses.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene estrategia suficiente para la vida diaria?	5	2	3	4	6
11 ¿Es capaz de superar su situación diaria?	1	6	2	4	6
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	5	3	3	4	6
13 ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	6
14 ¿Tiene un punto fijo de oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	6
15 ¿Ha mejor de sus relaciones de un lugar a otro?	1	2	3	4	6

BIEN EN LA PRÓXIMA SEMANA

baja

Las siguientes preguntas hacen referencia a el nivel de satisfacción en los últimos meses de trabajo, en su vida profesional y social, en otros aspectos de su vida.

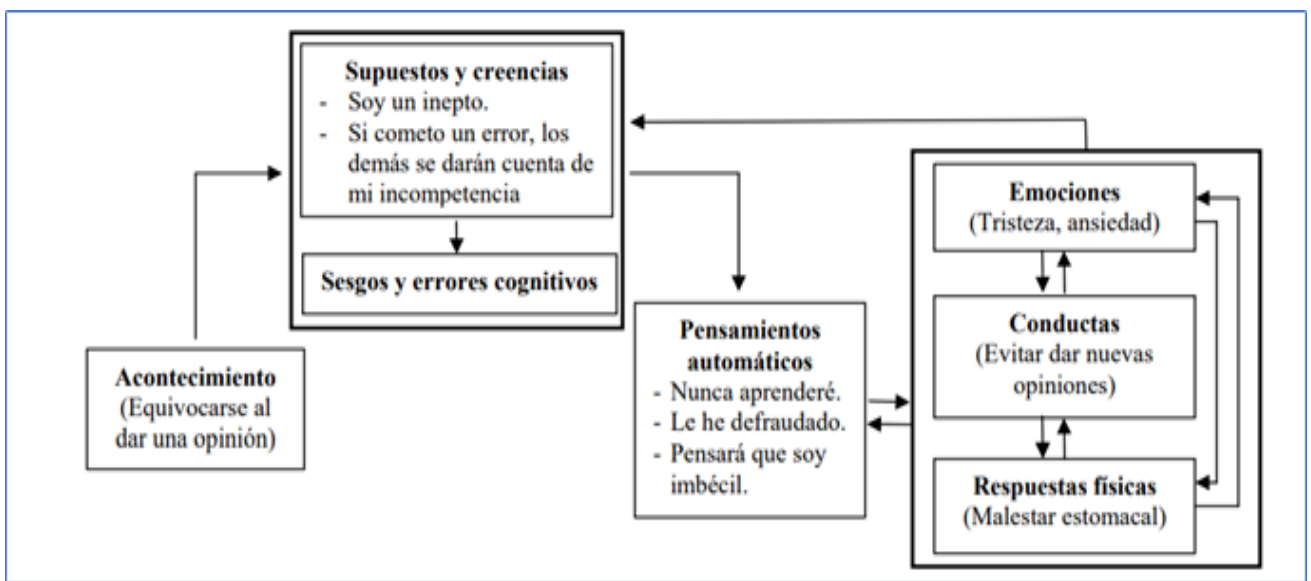
	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cómo de satisfecho está con su sueldo?	1	2	3	4	6
17 ¿Cómo de satisfecho está con su actividad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	6
18 ¿Cómo de satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	6
19 ¿Cómo de satisfecho está de su futuro?	1	2	3	4	6
20 ¿Cómo de satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	6
21 ¿Cómo de satisfecho está con su vida social?	1	2	3	4	6
22 ¿Cómo de satisfecho está con el sector que ejerce de sus actividades?	1	2	3	4	6
23 ¿Cómo de satisfecho está de las condiciones del lugar donde está?	1	2	3	4	6
24 ¿Cómo de satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	6
25 ¿Cómo de satisfecho está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	6

BIEN EN LA PRÓXIMA SEMANA

baja

Anexos (fases de intervención)

Anexo G. Modelo en que se basa la terapia cognitiva. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>





Anexo H. El registro de pensamientos. Recuperado de <https://psicopedia.org/877/la-reestructuracion-cognitiva-paso-a-paso-pdf/>

Registro de pensamientos (Ejemplos)				
Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo
Todo el mundo está ocupado, voy a pasar la noche solo y sin ningún plan.	Nadie quiere salir conmigo. Estoy desperdiciando mi vida, solo aquí sentado.	Tristeza Rabia Frustración	Me quedo toda la noche en casa sin hacer nada, sólo rumiando mis malos pensamientos.	Estoy solo esta noche, pero todo el mundo está solo de vez en cuando. Es una magnífica ocasión para hacer lo que quiera.
Una tarea académica difícil que debo presentar en la Universidad.	Esto es mucho trabajo. Soy muy malo en esta materia. No creo que pueda hacerlo.	Ansiedad Preocupación	Evito la tarea hasta el último minuto. Me busco cualquier distracción para no acometerla.	Esta es una tarea difícil que necesitará mucho esfuerzo. Pero sé que puedo hacerlo si lo divido en pedazos pequeños.

Anexo I. autoregistro de pensamiento (reestructuración cognitiva)

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Pensamiento alternativo

Anexo J. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Universidad Complutense Madrid  
 Instituto de Venia a la Evaluación Psicológica e Inteligencia Emocional  
 Instrumentos: Material de Prácticas Nozu, 1990  
 Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSA), D-Zunilla y  
 Identificación: 2023-06 Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: a continuación aparece una serie de frases que describen formas en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana. Para responder a problemas importantes que pueden tener un efecto significativo sobre el bienestar o sobre el bienestar de las personas que ama, tales como problemas relacionados con la salud, disputas familiares o problemas de rendimiento en el trabajo o en los estudios. Por favor, lee cada frase y puntúa en que medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando como prima, sería o se comporta generalmente cuando se enfrenta con sus problemas en los lugares y momentos que se indican. Coloque el número apropiado entre paréntesis ( al lado del número de la frase.

0= Nada en absoluto.  
 1= Escasamente.  
 2= Moderadamente.  
 3= Bastante.  
 4= Completamente.

1. Cuando no puedo resolver un problema rápidamente y sin demasiado esfuerzo, tiendo a pensar que soy estúpido o incompetente..... 0 1 (2) 3 4

2. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es examinar toda la información que tengo acerca del problema y trato de decidir que es lo más relevante e importante..... 0 1 (2) 3 4

3. Pierdo mucho tiempo preocupándome acerca de mis problemas en lugar de intentar resolverlos..... 0 1 2 3 (4)

4. Generalmente me siento amenazado y asustado cuando tengo un problema que resolver..... 0 1 2 3 (4)

5. Al tomar decisiones, generalmente no evalúo ni comparo las diferentes alternativas suficientemente.. 0 1 2 3 (4)

6. Cuando tengo un problema, a menudo dudo cual es la solución para él..... 0 1 2 3 (4)

7. Cuando intento decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente no tengo en cuenta el efecto que cada alternativa puede tener en el bienestar de otras personas..... 0 1 2 (3) 4

8. Cuando trato de encontrar una solución a un problema, a menudo pienso en las posibles decisiones y trato de combinar algunas de ellas para tomar una solución mejor..... 0 1 2 (3) 4

*actualmente ya comienzo a hacerlo*



Universidad Complutense Madrid Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica Instrumentos - Material de Prácticas

9. Generalmente me siento nervioso e inseguro cuando tengo que tomar una decisión importante. 0 1 2 (3) 4

10. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fallan, generalmente pienso que, si insisto y no cedo fácilmente, seré capaz de encontrar una buena solución. 0 1 2 (3) 4

11. Cuando intento solucionar un problema, generalmente sigo la primera idea que se me pasa por la cabeza. 0 1 (2) 3 4

12. Cuando tengo un problema, generalmente creo que existe una solución para él. 0 1 (2) 3 4

13. Cuando me enfrente con un problema largo y complejo, generalmente trato de dividirlo en problemas más pequeños que pueda resolver uno a uno. 0 1 2 (3) 4

14. Después de solucionar un problema, generalmente no pierdo el tiempo en comparar el resultado real con el que había imaginado cuando escogí esa solución. 0 1 2 (3) 4

15. Generalmente espero a ver si un problema se resuelve por sí mismo antes de intentar resolverlo yo. 0 1 (2) 3 4

16. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es analizar la situación y tratar de identificar los obstáculos que me impiden hacer lo que yo quiera. 0 1 2 (3) 4 *ahora ya*

17. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan, me siento muy enfadado y frustrado. 0 1 (2) 3 4

18. Cuando me enfrente con un problema difícil, generalmente dudo que sea capaz de resolverlo por mucho que lo intente. 0 1 (2) 3 4

19. Generalmente me siento satisfecho con los resultados de las soluciones que doy a mis problemas. 0 1 (2) 3 4

20. Antes de intentar resolver un problema, generalmente trato de averiguar si el problema está causado por otro más importante que podría ser resuelto antes. 0 1 (2) 3 4

21. Cuando me surge un problema, generalmente aplazo la solución tanto tiempo como es posible. 0 1 2 (3) 4

Universidad Complutense Madrid Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica Instrumentos - Material de Prácticas

22. Después de solucionar un problema, generalmente no me paro a valorar los resultados. 0 1 (2) 3 4

23. Generalmente me aparto de mi camino para evitar tener que resolver problemas. 0 (1) 2 3 4

24. Los problemas difíciles me hacen sentirme mal. 0 1 (2) 3 4

25. Cuando estoy intentando decidir cuál es la mejor solución a un problema, trato de predecir el resultado posterior de llevar a cabo cada una de las alternativas. 0 1 (2) 3 4 *ahora ya*

26. Generalmente afronto mis problemas directamente, en lugar de intentar evitarlos. 0 1 (3) 3 4

27. Cuando estoy intentando resolver un problema, a menudo intento ser creativo y pensar en soluciones originales o poco convencionales. 0 1 2 (3) 4

28. Cuando estoy intentando resolver un problema, generalmente tomo la primera idea buena que me viene a la mente. 0 1 (2) 3 4

29. Cuando estoy intentando encontrar la solución a un problema, a menudo pienso en una serie de posibles soluciones y, posteriormente, vuelvo sobre ellas y considero cómo pueden modificarse las diferentes soluciones para conseguir una solución mejor. 0 1 (2) 3 4 *ahora ya comienzo*

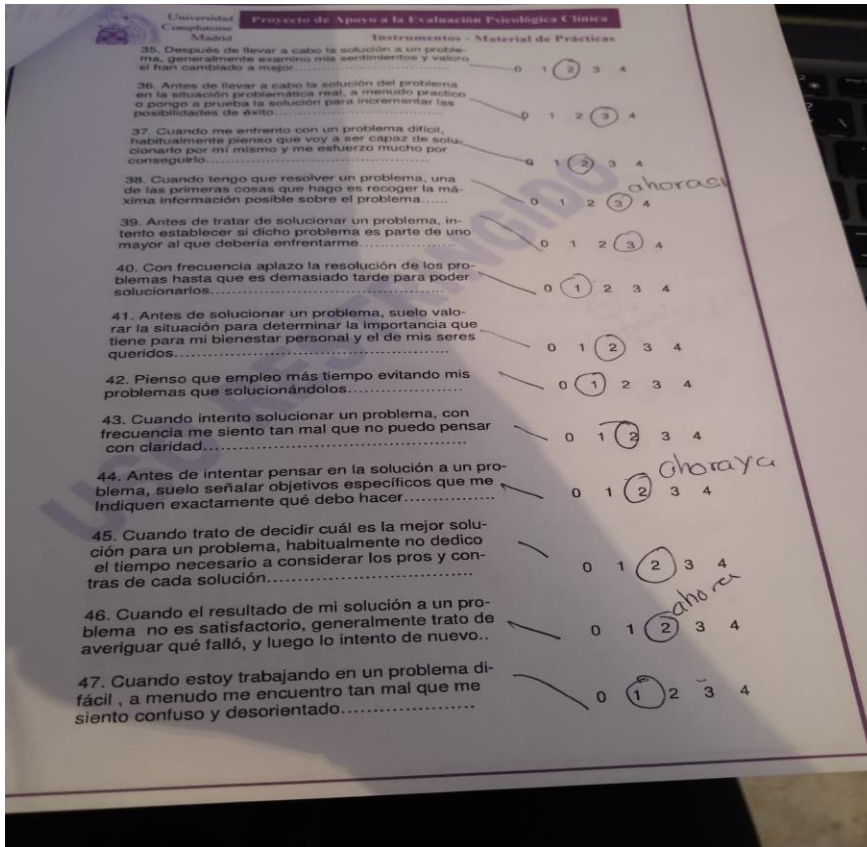
30. Cuando intento pensar en soluciones posibles a un problema, generalmente me resulta difícil encontrar distintas soluciones. 0 1 2 (3) 4

31. Generalmente prefiero evitar los problemas en lugar de enfrentarme a ellos y verme obligado a resolverlos. 0 1 (2) 3 4

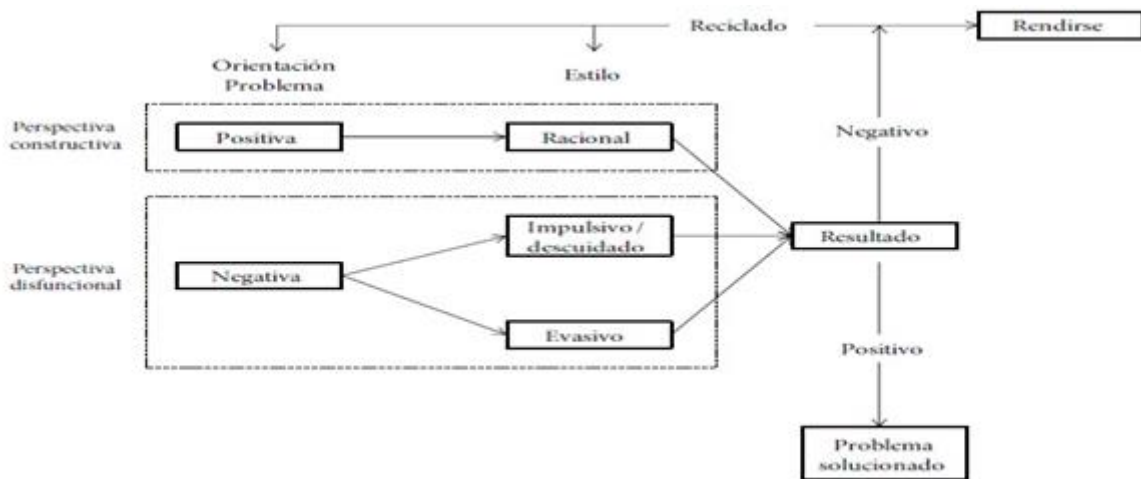
32. Al tomar decisiones, generalmente considero no sólo las consecuencias inmediatas de cada alternativa, sino también las consecuencias a largo plazo. 0 1 2 (3) 4

33. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente intento analizar qué fue correcto y qué fue erróneo. 0 1 2 (3) 4

34. Cuando estoy intentando encontrar una solución a un problema, generalmente intento pensar en tantos modos de afrontar el problema como sea posible. 0 1 (2) 3 4



Anexo K. Proceso de resolución de problemas basado en el modelo de D Zurrilla et al, 2002



Fuente: D'Zurilla et al., 2004.

Anexo L. cuestionario MOS de apoyo social. Recuperado de [https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred\\_SCORM.zip/media/Cuestionariomosdeapoyosocial.pdf](https://rodas5.us.es/file/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/guiavaloracionenred_SCORM.zip/media/Cuestionariomosdeapoyosocial.pdf)

**Cuestionario MOS de apoyo social**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?  
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Alguna a veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
2. Que le ayude cuando tenga que ir a la casa	1	2	3	4	5
3. Que le ayude cuando tenga que salir a la calle	1	2	3	4	5
4. Que le ayude cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
5. Que le ayude cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
6. Que le ayude al realizar algunas de sus actividades	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le ayude	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Con quien hacer cosas que le sirven para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirven para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en que tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus tristezas y problemas	1	2	3	4	5
17. Que le ayude a resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Con quien ayude a resolver sus problemas	1	2	3	4	5
20. Con quien ayude a resolver sus problemas	1	2	3	4	5

**Resultado:** (suma de los valores correspondiente)  
**Índice global de apoyo social:** Todas las respuestas, 15, 17 y 19.  
**Apoyo emocional:** Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.  
**Ayuda material:** Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.  
**Relaciones sociales de ocio y distracción:** Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.  
**Apoyo afectivo:** Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Adaptado de: Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005; 10(6): 10-18.

**Cuestionario MOS de apoyo social**

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?  
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia Ud. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Alguna a veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
2. Que le ayude cuando tenga que ir a la casa	1	2	3	4	5
3. Que le ayude cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le ayude cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le ayude al realizar algunas de sus actividades	1	2	3	4	5
6. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
7. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
8. Que le ayude	1	2	3	4	5
9. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
10. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
11. Con quien hacer cosas que le sirven para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
12. Con quien hacer cosas que le sirven para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
13. Que le ayude en que tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien compartir sus tristezas y problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude a resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
16. Con quien divertirse	1	2	3	4	5
17. Con quien ayude a resolver sus problemas	1	2	3	4	5
18. Con quien ayude a resolver sus problemas	1	2	3	4	5

**Resultado:** (suma de los valores correspondiente)  
**Índice global de apoyo social:** Todas las respuestas, 15, 17 y 19.  
**Apoyo emocional:** Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.  
**Ayuda material:** Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.  
**Relaciones sociales de ocio y distracción:** Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.  
**Apoyo afectivo:** Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

*T = 82*

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Adaptado de: Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And). 2005; 10(6): 10-18.

Anexo M. Cuestionario de Morisky-Green recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992007000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009)

- CUESTIONARIO DE MORISKY-GREEN (TRADUCIDO)**
- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?
  - ¿Toma la medicación a la hora indicada?
  - Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?
  - Si alguna vez se sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?

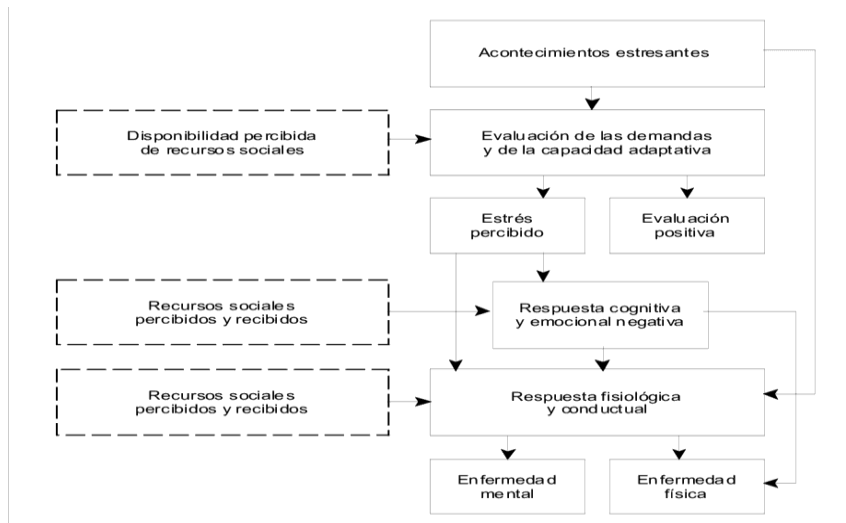
Anexo N. Registro de pensamiento ACC

Lo primero que tenemos que hacer es identificar el pensamiento negativo para cambiarlo o reformularlo.

<b>REGISTRO DE PENSAMIENTO ACC</b>			
<b>Situación / evento (A)</b>	<b>Pensamientos (C)</b>	<b>Reacciones emocionales (C)</b>	<b>Intensidad (1-10)</b>

Una vez identificados, podemos llevar a cabo algunas estrategias para cuestionar ese diálogo negativo y cambiarlo por otro más realista y positivo.

Anexo Ñ. Mecanismos de actuación indirecta del apoyo social sobre la salud y el bienestar en situaciones de estrés. Recuperado de [https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Mecanismos-de-actuacion-indirecta-del-apoyo-social-sobre-la-salud-y-el\\_fig2\\_323546456](https://www.researchgate.net/figure/Figura-2-Mecanismos-de-actuacion-indirecta-del-apoyo-social-sobre-la-salud-y-el_fig2_323546456)



Anexo O. Cuestionario de satisfacción con la terapia de solución de problemas (TSP).  
Badenes, S. (2017).

---

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (TSP)**

Por favor, señala con un aspa "X" la respuesta que mejor refleje tu opinión sobre tu participación en la **Terapia de Solución de Problemas** realizada. Sé lo más sincero/a posible, tu opinión es muy importante para nosotros. ¡Muchas gracias!

1. **¿La Terapia de Solución de Problemas ha cumplido tus expectativas?**  
 (0) Nada                      (1) Algo                      (2) Bastante                      (3) Mucho
2. **¿Te han parecido muchas sesiones?**  
 (0) No                      (1) Sí, un poco                      (2) Sí, mucho
3. **¿Te ha parecido excesiva la duración de cada sesión?**  
 (0) No                      (1) Sí, un poco                      (2) Sí, mucho
4. **¿La forma de expresarse de la psicóloga te ha parecido claras y comprensible?**  
 (0) Nada                      (1) Algo                      (2) Bastante                      (3) Mucho
5. **¿La psicóloga ha resuelto tus dudas durante la terapia?**  
 (0) Nada                      (1) Algo                      (2) Bastante                      (3) Mucho
6. **¿Las herramientas aprendidas te parecen útiles?**  
 (0) Nada                      (1) Algo                      (2) Bastante                      (3) Mucho

**Opinión personal**

¿Te hubiera gustado trabajar algo más? ¿Qué?

¿Qué mejorarías de la terapia en cuanto a la forma de impartirla?

¿Qué te motivó a participar en la TSP?

¿Recomendarías esta terapia a algún familiar, amigo y/o conocido? ¿Por qué?